

---

*Psychologische Diagnostik in der stationären Psychiatrie als Instrument  
der Sicherung der Ergebnisqualität*

Von der Fakultät für Lebenswissenschaften  
der Technischen Universität Carolo-Wilhelmina  
zu Braunschweig  
zur Erlangung des Grades einer  
Doktorin der Naturwissenschaften  
(Dr. rer. nat.)  
genehmigte  
Dissertation

von Susanne Jäger  
aus Apolda

---

1. Referent:	Professor Dr. Wolfgang Schulz
2. Referent:	Professor Dr. Kurt Hahlweg
eingereicht am:	06.06.2011
mündliche Prüfung (Disputation) am:	01.09.2011

Druckjahr 2011

*“The major differences between mental illness and mental health are to be found in the characteristic frequency, intensity, and nature of interpersonal acts. For example, schizophrenics manifest intense degrees of passivity and hostility by unconventional, bizarre, negativistic, and distrustful acts. In contrast, hysterics prefer bland, pleasant, friendly, conventional types of interaction. Hostile, rebellious, and distrustful acts are infrequent and extremely mild in intensity among hysterics. These two contrasting types of interpersonal behavior have long been considered mental illness. Both are differentiated from normality, adjustment, or mental health, i.e., versatile, appropriate, effective, adaptive behavior patterns. In this semantic usage the words ‘illness’ and ‘health’ are applied to observable patterns of conduct, not to states of the mind or body.”*

*(Adams, 1964, S. 196)*

## **Danksagung**

Ich möchte mich hiermit bei allen Menschen bedanken, die meinen akademischen Weg beeinflusst und begleitet haben.

Ich danke meinen Eltern, dass Sie mich in meinem Berufswunsch unterstützt und stets ermutigt haben, meine Ziele zu verwirklichen.

Bereits im Diplomstudium hat Frau Prof. Dr. G.H. Franke mein Potential erkannt und mich gefördert, in dem ich zunächst als ihre wissenschaftliche Hilfskraft und anschließend als wissenschaftliche Mitarbeiterin und ihre Assistentin arbeitete. Ich danke Ihr, dass Sie immer an mich geglaubt und mich dazu angespornt hat, einen akademischen Weg einzuschlagen.

Weiterer Dank gebührt Herrn Prof. Dr. W. Schulz. Seine konstruktive Kritik und seine Anregungen haben mich durch die Höhen und Tiefen der Promotionsphase geleitet. Besonders die Kolloquiums-Treffen der Doktorandinnen und Doktoranden der TU Braunschweig unter Beteiligung von Herrn Prof. Dr. W. Schulz und Herrn Prof. Dr. K. Hahlweg haben zu einem regen Gedankenaustausch geführt, lieferten Inspiration und Kraft für meine Arbeit.

Ein herzlicher Dank gilt allen Patienten und allen freiwilligen Teilnehmern, die die psychodiagnostischen Instrumente ausgefüllt und die Grundlage für meine Arbeit gelegt haben.

Abschließend danke ich meinem Partner Alexander, dass er immer für mich da war und mich bei Rückschlägen wieder aufbauen und ermutigen konnte.

**Gliederung**

<b>Danksagung.....</b>	<b>IV</b>
<b>Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>VIII</b>
<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>XI</b>
<b>Zusammenfassung.....</b>	<b>XII</b>
<b>Summary.....</b>	<b>XIII</b>
<b>1     Einleitung .....</b>	<b>1</b>
<b>2     Epidemiologie und Versorgungssituation .....</b>	<b>2</b>
2.1   Epidemiologie .....	2
2.2   Versorgungssituation .....	3
<b>3     Qualitätssicherung .....</b>	<b>5</b>
3.1   Begriffsbestimmungen .....	5
3.2   Qualitätssicherung in der Psychiatrie .....	10
3.2.1   Dokumentation .....	12
3.2.2   Qualitätsberichterstattung .....	13
3.2.3   Leitlinien.....	14
<b>4     Psychologische Diagnostik in der Psychiatrie.....</b>	<b>15</b>
4.1   Begriffsbestimmungen .....	15
4.2   Aufgaben der Psychologischen Diagnostik .....	16
4.3   Auswahl der Testverfahren .....	19
4.4   Psychologische Diagnostik zur Qualitätssicherung .....	20
4.4.1   Empirische Studien .....	20
4.4.2   Projekte zur Qualitätssicherung.....	21
4.5   Zusammenfassung Psychologische Diagnostik in der Psychiatrie .....	22

<b>5</b>	<b>Psychiatrisch relevante Konstrukte .....</b>	<b>23</b>
5.1	Psychische Belastung.....	25
5.2	Interpersonales Verhalten.....	29
5.3	Soziale Unterstützung.....	34
5.4	Angrenzende Konstrukte .....	39
5.4.1	Wohlbefinden und Lebensqualität .....	39
5.4.2	Patientenzufriedenheit .....	40
5.5	Weiterführende Diagnostik .....	41
5.6	Zusammenfassung psychiatrisch relevante Konstrukte .....	42
<b>6</b>	<b>Zielsetzung, Fragestellung und Hypothesen .....</b>	<b>43</b>
<b>7</b>	<b>Methode.....</b>	<b>46</b>
7.1	Stichprobenbeschreibung .....	46
7.1.1	Patientenstichprobe .....	46
7.1.2	Bevölkerungsstichprobe.....	48
7.1.3	Vergleich Patienten- vs. Bevölkerungsstichprobe.....	49
7.2	Fragebogenentwicklung.....	50
7.2.1	Psychische Belastung .....	51
7.2.2	Interpersonale Verhaltensweisen .....	52
7.2.3	Soziale Unterstützung .....	52
7.3	Untersuchungsablauf.....	53
7.4	Auswertungsschritte .....	53
<b>8</b>	<b>Ergebnisse .....</b>	<b>56</b>
8.1	Psychische Belastung.....	56
8.1.1.	Itemstatistik.....	56
8.1.2	Skalenstatistik .....	60
8.1.3	Reliabilität .....	67
8.1.4	Differentielle- und Konstrukt-Validität .....	69
8.2	Interpersonales Verhalten.....	83
8.2.1	Itemstatistik.....	83

Gliederung	VII
8.2.2 Skalenstatistik .....	85
8.2.3 Reliabilität .....	88
8.2.4 Differentielle- und Konstruktvalidität .....	88
8.3 Soziale Unterstützung.....	96
8.3.1 Itemstatistik.....	96
8.3.2 Skalenstatistik .....	98
8.3.3 Reliabilität .....	100
8.3.4 Differentielle- und Konstruktvalidität .....	101
<b>9 Diskussion .....</b>	<b>107</b>
9.1 Psychische Belastung.....	108
9.2 Interpersonales Verhalten.....	111
9.3 Soziale Unterstützung.....	112
9.4 Limitationen der Untersuchung .....	113
9.5 Ausblick Forschungsaufgaben.....	115
9.6 Fazit für die Praxis.....	116
<b>Literatur.....</b>	<b>XIII</b>
<b>Anhang.....</b>	<b>XXVI</b>
Tabellen .....	XXVI
Abbildungen .....	XCI

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Dimensionen von Qualität .....	7
Tabelle 2 Dimensionen der Ergebnisqualität .....	11
Tabelle 3 Oktanten des Circumplex-Modells mit ihrer inhaltlichen Beschreibung.....	30
Tabelle 4 Soziodemografie und Klinik der Teilstichproben der Patientenstichprobe .....	47
Tabelle 5 Soziodemografie und Klinik der Zufallsstichproben A und B .....	48
Tabelle 6 Patienten- vs. Bevölkerungsstichprobe .....	49
Tabelle 7 Auswertungsplan mit Kriterien zur Ergebnisbeurteilung .....	54
Tabelle 8 Itemanalyse FEB in der Patientenstichprobe (44 Items, N=1.604) .....	56
Tabelle 9 Zusammenfassung der FEB Itemanalysen.....	58
Tabelle 10 Itemanalyse FEVE Patientenstichprobe (28 Items, N=1.551).....	59
Tabelle 11 Zusammenfassung der FEVE Itemanalysen .....	60
Tabelle 12 Faktorenanalyse FEB, Zufallsstichprobe A (40 Items, n=825), 4er Lösung .....	61
Tabelle 13 Skalenanalyse der theoretischen und explorativen FEB Skalen.....	63
Tabelle 14 Faktorenanalyse FEVE, Zufallsstichprobe A (21 Items, n=722), 3er Lösung.....	64
Tabelle 15 Skalenanalyse der theoretischen und explorativen FEVE Skalen .....	65
Tabelle 16 Konfirmatorische Prüfung der FEB Skalen .....	65
Tabelle 17 Konfirmatorische Prüfung der FEVE Skalen.....	66
Tabelle 18 Skaleninterkorrelationen FEB.....	66
Tabelle 19 Skaleninterkorrelationen FEVE .....	67
Tabelle 20 Reliabilität der theoretischen und explorativen FEB Skalen .....	68
Tabelle 21 Reliabilität der theoretischen und explorativen FEVE Skalen .....	69
Tabelle 22 Mittelwertsunterschiede FEB.....	70
Tabelle 23 Geschlechtsunterschiede FEB.....	70
Tabelle 24 Alterseffekte FEB Patienten .....	70
Tabelle 25 Unterschiede FEB nach Patientengruppe .....	72
Tabelle 26 Diagnoseunterschiede FEB .....	73
Tabelle 27 Korrelationen FEB in der Patientenstichprobe.....	75
Tabelle 28 Mittelwertsunterschiede FEVE .....	76
Tabelle 29 Geschlechtsunterschiede FEVE.....	77
Tabelle 30 Alterseffekte FEVE Patienten.....	77
Tabelle 31 Unterschiede FEVE nach Patientengruppe .....	78
Tabelle 32 Diagnoseunterschiede FEVE .....	80
Tabelle 33 Korrelationen FEVE in der Patientenstichprobe .....	82
Tabelle 34 Itemanalyse FEIV in der Patientenstichprobe (N=1.561) .....	84
Tabelle 35 Zusammenfassung der Itemstatistik FEIV .....	85
Tabelle 36 Faktorenanalyse FEIV, Zufallsstichprobe A (18 Items, n=802, 2er Lösung) .....	86



Tabelle 37 Skalenanalyse der theoretischen und explorativen FEIV Skalen.....	86
Tabelle 38 Konfirmatorische Prüfung der FEIV Skalen.....	87
Tabelle 39 Skaleninterkorrelationen FEIV.....	87
Tabelle 40 Reliabilität der theoretischen und explorativen FEIV Skalen .....	88
Tabelle 41 Mittelwertsunterschiede FEIV.....	89
Tabelle 42 Geschlechtsunterschiede FEIV.....	89
Tabelle 43 Alterseffekte FEIV Patienten .....	90
Tabelle 44 Unterschiede FEIV nach Patientengruppe .....	91
Tabelle 45 Diagnoseunterschiede FEIV .....	93
Tabelle 46 Korrelationen FEIV in der Patientenstichprobe.....	95
Tabelle 47 Itemanalyse FUSA in der Patientenstichprobe (N=1.583) .....	96
Tabelle 48 Zusammenfassung der Itemstatistik FUSA .....	98
Tabelle 49 Faktorenanalyse FUSA, Zufallsstichprobe A (n=813), 1er Lösung .....	99
Tabelle 50 Skalenanalyse der theoretischen und explorativen FUSA Skalen .....	99
Tabelle 51 Konfirmatorische Prüfung der FUSA Skalen .....	100
Tabelle 52 Reliabilität der theoretischen und explorativen FUSA Skalen.....	101
Tabelle 53 Mittelwertsunterschiede FUSA.....	101
Tabelle 54 Geschlechtsunterschiede FUSA .....	102
Tabelle 55 Alterseffekte FUSA Patienten.....	102
Tabelle 56 Unterschiede FUSA nach Patientengruppe.....	103
Tabelle 57 Diagnoseunterschiede FUSA.....	104
Tabelle A-58 Modell-Fit Kriterien .....	XXVI
Tabelle A-59 Itemanalyse FEB Patientenstichprobe (N=1.604) .....	XXVII
Tabelle A-60 Itemanalyse FEB Allgemeine Psychiatrie (n=762) .....	XXX
Tabelle A-61 Itemanalyse FEB Suchttherapie (n=424) .....	XXXIII
Tabelle A-62 Itemanalyse FEB Psychosomatik/ Psychotherapie (n=418).....	XXXVI
Tabelle A-63 Itemanalyse FEB Normalbevölkerung (N=1.278).....	XXXIX
Tabelle A-64 Itemanalyse FEB Studierende Retest nach 7 Tagen (n=171) .....	XLII
Tabelle A-65 Itemanalyse FEVE Patientenstichprobe (N=1.551).....	XLV
Tabelle A-66 Itemanalyse FEVE Patienten Allgemeine Psychiatrie (n=736).....	XLVII
Tabelle A-67 Itemanalyse FEVE Suchttherapie (n=406).....	XLIX
Tabelle A-68 Itemanalyse FEVE Psychosomatik/ Psychotherapie (n=409) .....	LI
Tabelle A-69 Itemanalyse FEVE Normalbevölkerung (N=1.278) .....	LIII
Tabelle A-70 Retest-Messung FEVE Studierende Retest nach 7 Tagen (n=171) .....	LV
Tabelle A-71 Itemanalyse FEIV Patientenstichprobe (N=1.561) .....	LVII
Tabelle A-72 Itemanalyse FEIV Allgemeine Psychiatrie (n=743) .....	LIX
Tabelle A-73 Itemanalyse FEIV Suchttherapie (n=407) .....	LXI

Tabelle A-74 Itemanalyse FEIV Psychosomatik/ Psychotherapie (n=411) .....	LXIII
Tabelle A-75 Itemanalyse FEIV Normalbevölkerung (N=1.278) .....	LXV
Tabelle A-76 Itemanalyse FEIV Studierende Retest nach 7 Tagen (n=171) .....	LXVII
Tabelle A-77 Itemanalyse FUSA Patientenstichprobe (N=1.583) .....	LXIX
Tabelle A-78 Itemanalyse FUSA Allgemeine Psychiatrie (n=754) .....	LXXII
Tabelle A-79 Itemanalyse FUSA Suchttherapie (n=417) .....	LXXV
Tabelle A-80 Itemanalyse FUSA Psychosomatik/ Psychotherapie (n=412) .....	LXXVIII
Tabelle A-81 Itemanalyse FUSA Normalbevölkerung (N=1.278) .....	LXXXI
Tabelle A-82 Itemanalyse FUSA Studierende Retest nach 7 Tagen (n=171) .....	LXXXIV
Tabelle A-83 Geschlechtsunterschiede FEB Bevölkerung .....	LXXXVII
Tabelle A-84 Alterseffekte FEB Bevölkerung .....	LXXXVII
Tabelle A-85 Korrelationen FEB in der Bevölkerung .....	LXXXVII
Tabelle A-86 Geschlechtsunterschiede FEVE Bevölkerung .....	LXXXVIII
Tabelle A-87 Alterseffekte FEVE Bevölkerung .....	LXXXVIII
Tabelle A-88 Korrelationen FEVE in der Bevölkerung .....	LXXXVIII
Tabelle A-89 Geschlechtsunterschiede FEIV Bevölkerung .....	LXXXIX
Tabelle A-90 Alterseffekte FEIV Bevölkerung .....	LXXXIX
Tabelle A-91 Korrelationen FEIV in der Bevölkerung .....	LXXXIX
Tabelle A-92 Geschlechtsunterschiede FUSA Bevölkerung .....	XC
Tabelle A-93 Alterseffekte FUSA Bevölkerung .....	XC
Tabelle A-94 Korrelationen FUSA in der Bevölkerung .....	XC

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Profildarstellung FEB nach Altersgruppen, Patientenstichprobe .....	71
Abbildung 2 Profildarstellung FEB nach Patientengruppe.....	72
Abbildung 3 Profildarstellung FEB nach Diagnose.....	74
Abbildung 4 Profildarstellung FEVE nach Altersgruppen, Patientenstichprobe .....	78
Abbildung 5 Profildarstellung FEVE nach Teilmodul.....	79
Abbildung 6 Profildarstellung FEVE nach Diagnosegruppen .....	81
Abbildung 7 Profildarstellung FEIV nach Altersgruppen, Patientenstichprobe .....	90
Abbildung 8 Profildarstellung FEIV nach Teilmodul .....	92
Abbildung 9 Profildarstellung FEIV nach Diagnose.....	93
Abbildung 10 Profildarstellung FUSA nach Altersgruppen, Patientenstichprobe .....	103
Abbildung 11 Profildarstellung FUSA nach Teilmodul.....	104
Abbildung 12 Profildarstellung FUSA nach Diagnose .....	105
Abbildung A-13 Scree-Plot FEB Zufallsstichprobe A (n=825), logarithmisch .....	XCI
Abbildung A-14 Scree-Plot FEVE Zufallsstichprobe A (n=799), logarithmisch .....	XCI
Abbildung A-15 Profildarstellung FEB nach Altersgruppen, Bevölkerung .....	XCII
Abbildung A-16 Profildarstellung FEVE nach Altersgruppen, Bevölkerung .....	XCII
Abbildung A-17 Scree-Plot FEIV Zufallsstichprobe A (n=802), logarithmisch.....	XCIII
Abbildung A-18 Profildarstellung FEIV nach Altersgruppen, Bevölkerung.....	XCIII
Abbildung A-19 Scree-Plot FUSA Zufallsstichprobe A (n=813), logarithmisch .....	XCIV
Abbildung A-20 Profildarstellung FUSA nach Altersgruppen, Bevölkerung .....	XCIV

## Zusammenfassung

**Hintergrund:** Mit §135 des SGB V wurden Maßnahmen zur Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für die stationäre psychiatrische Versorgung gesetzlich festgeschrieben. Das SALUS-Asklepios-Therapie Erfolgsprogramm (SATEP) nutzt neu entwickelte, lizenzfreie Testverfahren zur Ergebnisqualitätssicherung in der Psychiatrie. Zur Veränderungsmessung sollten möglichst reliable, valide und ökonomische Instrumente eingesetzt werden.

**Fragestellung:** Im Rahmen dieser Arbeit werden die SATEP Fragebögen zur Erfassung der psychischen Beeinträchtigung (71 Items), der interpersonalen Verhaltensweisen (30 Items) und der sozialen Unterstützung (36 Items) psychometrisch analysiert. Durch Item- und Skalenanalysen soll die Itemanzahl reduziert sowie die Reliabilität und Validität erhöht werden.

**Methode:** Die Fragebögen wurden bei N=1.618 stationären psychiatrischen Patienten der Allgemeinen Psychiatrie, der Suchttherapie und der Psychosomatik sowie bei N=1.278 Personen aus der Normalbevölkerung eingesetzt. Es erfolgten in beiden Stichproben Analysen zur Item- und Skalenstatistik sowie zur Reliabilität und Validität. Auf Basis der Patientenstichprobe wurde die neue Skalenstruktur festgelegt.

**Ergebnisse:** Items mit unbefriedigender Trennschärfe und Schwierigkeit wurden von weiteren Analysen ausgeschlossen. Mittels explorativer Faktorenanalysen erfolgte die Ermittlung neuer Skalen, die anschließend zur Kreuzvalidierung konfirmatorisch geprüft wurden. Für die psychische Belastung konnten die sieben Skalen Unsicherheit (7 Items,  $\alpha=,89$ ), Depressive Symptomatik (7 Items,  $\alpha=,91$ ), Ängste (7 Items,  $\alpha=,91$ ), Körperliche Beeinträchtigung (7 Items,  $\alpha=,84$ ), Stressbelastung (5 Items,  $\alpha=,83$ ), Soziale Unsicherheit (5 Items,  $\alpha=,82$ ) und Suizidalität (5 Items,  $\alpha=,78$ ) gebildet werden. Soziale Unterstützung wird eindimensional mit fünfzehn Items ( $\alpha=,91$ ) und interpersonale Verhaltensweisen mit den Dimensionen Positive Zuwendung (5 Items,  $\alpha=,77$ ) und Eigene Abgrenzung (5 Items,  $\alpha=,79$ ) erfasst. Die differentielle Validität sowie Konstruktvalidität konnten durch Alters-, Geschlechts- und Diagnoseeffekte sowie Korrelationen mit konstruktnahen Verfahren nachgewiesen werden.

**Diskussion:** Durch die psychometrischen Analysen konnte die Itemanzahl stark reduziert werden. Die Ökonomie sowie die psychometrischen Kennwerte sprechen für die Anwendung der Instrumente im Therapieverlauf. An diese Untersuchung sollten die Analyse der Veränderungsmessung und die Ermittlung von Cut-Off-Werten bzw. Normwerten anschließen, um den praktischen Nutzen für die Anwender zu erhöhen.

### Schlüsselwörter:

Qualitätssicherung, Ergebnisqualität, psychologische Diagnostik, Psychiatrie

## Summary

**Background:** §135 of the SGB V contain requirements to structure-, process-, and outcome quality for psychiatric care. The SALUS-Asklepios-Therapie-Erfolgsprogramm (SATEP) uses new, public domain tests for outcome measurements in psychiatry. For outcome measurement the used instruments should be reliable, valid and economic.

**Question:** This paper analyses the psychometric properties of the SATEP questionnaires measuring psychological distress (71 items), interpersonal behaviors (30 items) and social support (36 items). Item- and scale-statistics were used to reduce the item number and to increase reliability and validity.

**Method:** The questionnaires were submitted to N=1.618 hospitalized psychiatric patients (general psychiatry, addiction therapy and psychosomatic/ psychotherapy) and N=1.278 persons of the general population. In each sample item- and scale-statistics as well as reliability and validity were calculated. The patient sample serves as basis for the new scale structure.

**Results:** Items with dissatisfying discriminatory power and difficulty were excluded from further analysis. The new scale structure was configured by exploratory factor analysis and afterwards confirmatory proven (cross-validation). Seven scales could be presented for psychological distress: insecurity (7 items,  $\alpha=.89$ ), depressive symptoms (7 items,  $\alpha=.91$ ), anxiety (7 items,  $\alpha=.91$ ), somatic distress (7 items,  $\alpha=.84$ ), stress (5 items,  $\alpha=.83$ ), social insecurity (5 items,  $\alpha=.82$ ) and suicidal tendencies (5 items,  $\alpha=.78$ ). Social support will be measured one-dimensional with 15 items ( $\alpha=.91$ ) and interpersonal behavior with the dimensions positive attention (5 items,  $\alpha=.77$ ) and own distance (5 items,  $\alpha=.79$ ). Differential validity and construct validity were demonstrated by sex-, age- and clinical effects and correlations to related instruments.

**Discussion:** With the help of the psychometric analyses, the general item number could be highly reduced. The economy and psychometric properties of the instruments support their use for outcome measurement. Future research should analyze outcome measurement and calculate cut-off or norm values to enhance the usefulness in clinical practice.

**Key words:**

quality assurance, outcome, psychological assessment, psychiatry

## 1 Einleitung

Bei schweren psychischen Krisen erfolgt in Deutschland die stationäre Behandlung auf einer psychiatrischen Station eines Allgemeinkrankenhauses oder in der Allgemeinen Psychiatrie eines Fachkrankenhauses für Psychiatrie. Im Falle eines chronischen Verlaufes folgen entweder weitere stationäre psychiatrische Aufenthalte zur Linderung der psychischen Beschwerden oder eine psychosomatische Rehabilitation zur Erhöhung der Teilhabe gemäß SGB IX (Nosper, 2005). Die Kostenträger eines stationären psychiatrischen Aufenthalts sind, aufgrund des deutschen Sozialversicherungssystems, in den meisten Fällen die Krankenkassen. Erst im zweiten Schritt übernimmt der Rentenversicherungsträger die Leistungen (Maylath, 2005).

Die Psychiatrie kann in die Erwachsenen- und die Kinder- und Jugendpsychiatrie differenziert werden. Zur Erwachsenenpsychiatrie zählen die Allgemeine Psychiatrie, die Suchttherapie, die Gerontopsychiatrie, die Forensische Psychiatrie und die Psychosomatik/ Psychotherapie. Für die hier vorliegende Arbeit werden ausschließlich die Hauptbereiche der Erwachsenenpsychiatrie, d.h. die Allgemeine Psychiatrie zur Behandlung akuter Krisen sowie schwerer chronischer Erkrankungen, die Suchttherapie zur Entgiftungs- und Entwöhnungstherapie bei Abhängigkeitserkrankungen sowie die Psychosomatik/ Psychotherapie zur Behandlung psychischer Störungen mit somatischen Begleitsymptomen herangezogen. In Deutschland arbeiten die psychiatrischen Einrichtungen multiprofessionell. Neben ergo-, sport-, musik- und kunsttherapeutischen Angeboten nehmen die meisten Patienten im Laufe ihrer stationären Therapie an psychotherapeutischen Einzel- und/oder Gruppentherapien teil. Eine Trennung von Psychotherapie und Psychiatrie ist gerade im Hinblick auf psychosomatisch/ psychotherapeutische Stationen kaum möglich und wird daher in dieser Arbeit nicht vorgenommen. Vielmehr wird die psychotherapeutische Arbeit als ein Bestandteil der Interventionen in der Psychiatrie angesehen. Um eine hohe Behandlungsqualität zu gewährleisten legte die Bundesregierung gesetzlich Richtlinien zur Qualitätssicherung in den Bereichen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität fest.

In dieser Arbeit werden Teilaspekte eines computergestützten psychologisch-diagnostischen Instruments zur Erfassung der Ergebnisqualität in der stationären psychiatrischen Versorgung evaluiert und optimiert. Das Salus-Asklepios-Therapie-Erfolgsprogramm (SATEP), berücksichtigt die gesetzliche Verpflichtung zur Qualitätssicherung, trägt zur Entlastung der Mitarbeiter bei und übernimmt Aufgaben der Therapieplanung und -kontrolle. SATEP soll zur Therapieevaluation den Richtlinien der kassenärztlichen Bundesvereinigung für Qualitätssicherung entsprechen und die Therapieeffektivität in den psychiatrischen Einrichtungen ständig kontrollieren und evaluieren. Durch die Entwicklung eigener SATEP Instrumente sollen künftig Lizenzkosten für Testverfahren eingespart und Kosten der Qualitätssicherung dauerhaft reduziert werden.

## 2 Epidemiologie und Versorgungssituation

Um die Relevanz psychischer Störungen in Deutschland zu erfassen, werden Befunde zur Epidemiologie und Versorgungssituation dargestellt. Die Prävalenzraten psychischer Störungen sind in der deutschen Bevölkerung hoch und die psychotherapeutische Versorgungslage ist von Laien oftmals schwer durchschaubar.

### 2.1 Epidemiologie

Im Verlauf ihres Lebens leiden 45% der deutschen Bevölkerung an psychischen Erkrankungen (Meyer, Rumpf, Hapke, Dilling & John, 2000). Jährlich sind etwa 16 Millionen Erwachsene zwischen 18 und 65 Jahren (32% der Bevölkerung) an psychischen Störungen (Wittchen & Jacobi, 2001) erkrankt. Frauen weisen, mit Ausnahme des Substanzkonsums, insgesamt höhere Prävalenzraten auf als Männer (Meyer et al., 2000; Wittchen & Jacobi, 2001; Wittchen, Müller, Pfister, Winter & Schmidt kunz, 1999). Im Zeitraum eines Jahres sind die häufigsten psychischen Diagnosen somatoforme Störungen (11%), depressive Episoden (8%), isolierte Phobien (8%) oder alkoholbedingte Störungen (6%), wobei einer sehr hohe Komorbidität (48%) der psychischen Diagnosen besteht (Wittchen & Jacobi, 2001). Meyer et al. (2000) berichten die Lebenszeitprävalenz der häufigsten psychischen Störungen. Für Abhängigkeitserkrankungen beträgt diese 26% (Männer 32%, Frauen 19%), für Angststörungen 15% (Männer 9%, Frauen 21%), für somatoforme Störungen 13% (Männer 9% und Frauen 21%) und für affektive Störungen 12% (Männer 7%, Frauen 12%).

Die hohen Prävalenzzahlen belegen den Bedarf an adäquaten Versorgungsangeboten. Wittchen und Jacobi (2004) konnten am Beispiel der Angsterkrankungen Probleme bei der Versorgung ermitteln. Trotz hoher Erfolgsraten psychotherapeutischer Behandlungen zwischen 40% (Generalisierte Angststörung) und 65% (Panikstörung) begeben sich nur 44% der Betroffenen in eine Behandlung. Für viele Patienten ist der Hausarzt der erste und wichtigste Ansprechpartner. Ein großer Teil der betroffenen Patienten (33-41%) wird ausschließlich medikamentös therapiert. Auf das bestehende Defizit bei der Depressionsbehandlung in Deutschland weisen Wittchen, Jacobi, Klose und Ryl (2010) hin. Etwa vier Millionen Menschen sind in Deutschland depressiv und behandlungsbedürftig. 60-70% dieser Personen nehmen ausschließlich eine Behandlung durch den Hausarzt in Anspruch und in 30-35% der Fälle wird die Diagnose einer depressiven Störung gestellt. Nur 6-9% der Betroffenen werden adäquat behandelt (Wittchen et al., 2010). Die Konsequenzen falscher oder fehlender Behandlungen zeigen sich in den steigenden Zahlen der Frühberentungen, Krankschreibungen oder indirekten Krankheitskosten. Im Jahre 2008 erfolgten 36% aller Frühberentungen auf Grund psychischer Erkrankungen (Wittchen et al., 2010). Weiterhin sind in Deutschland 40% aller Krankschreibungen und 11% aller direkten Krankheitskosten psychischen Erkrankungen zuzuschreiben (Bauer & Engfer, 2006).

## 2.2 Versorgungssituation

Bereits 1975 verabschiedete der Bundestag die Psychiatrie-Enquete und beschloss (1) die gemeindenahe Versorgung, d.h. den Ausbau der ambulanten Psychiatrie, des betreuten Wohnens, des betreuten Arbeitens, der ambulanten Pflege und Tagesstrukturierung, (2) die bedarfsgerechte und umfassende Versorgung aller psychisch Kranken und Behinderten, (3) die bedarfsgerechte Koordination aller Versorgungsdienste und (4) die Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken (Bauer & Engfer, 2006). Die Versorgung psychisch Kranker ist jedoch bis heute nicht optimal. Nur etwa 10% der Betroffenen erhalten eine angemessene Behandlung. Hübner-Liebermann, Spießl und Cording (2005) ermittelten auf Grundlage einer Analyse der Basis-Dokumentationsdaten von N=4.066 akut-stationären Psychatriepatienten, dass Allgemeinärzte einen starken Einfluss auf die Inanspruchnahme stationär-psychiatrischer Einrichtungen haben. 43% aller Einweisungen erfolgen ohne jegliche ärztliche Einweisung. Weitere 18% der Klinikeinweisungen erfolgten durch den Hausarzt. In allen anderen Fällen erfolgten die Einweisungen durch verschiedene Fachärzte.

In Deutschland werden psychisch kranke Menschen stationär, teilstationär und ambulant versorgt. Zur **stationären Versorgung** standen 2008 in Deutschland 412 psychiatrische Fachkliniken oder Fachkrankenhäuser mit insgesamt 78 Betten pro 100.000 Einwohner zur Verfügung, wobei deutliche regionale Unterschiede bestehen. Insgesamt 4% aller Behandlungen in Krankenhäusern erfolgten 2008 in psychiatrischen Fachkliniken. Gegenüber anderen Fachabteilungen wiesen die psychiatrischen Fachkrankenhäuser mit 93% eine sehr hohe Bettenauslastung auf und hatten mit durchschnittlich 23 Tagen die höchste Verweildauer (Bölt & Graf, 2009). Neben der Versorgung in einer Fachklinik können stationäre Aufenthalte in Vorsorge- bzw. psychiatrischen und psychotherapeutischen Rehabilitationsreinrichtungen erfolgen. In Deutschland gibt es aktuell 218 dieser Einrichtungen mit insgesamt 19 Betten je 100.000 Einwohner. Diese sind mit 91% ebenfalls gut ausgelastet; die durchschnittliche Verweildauer beträgt 58 Tage (Bölt & Graf, 2009). Die **teilstationäre Versorgung** erfolgt in wohnortnahen Tageskliniken, die eine „moderne Krankenhausbehandlung mit dem Leben in der gewohnten Umgebung“ (Bauer & Engfer, 2006, S. 982) ermöglichen. Circa 16% der Betten psychiatrischer Fachkrankenhäuser in Deutschland befinden sich in Tageskliniken. In 273 allgemeinpsychiatrischen Tageskliniken standen 1999 insgesamt 5.165 Behandlungsplätze zur Verfügung. Die mittlere Behandlungsdauer beträgt sieben bis 12 Wochen (Schulz, Barghaan, Harfst & Koch, 2008). Die tagesklinische Behandlung unterscheidet sich bei 20-40% der Patienten nicht von der in stationären psychiatrischen Kliniken (Bauer & Engfer, 2006). In der **ambulanten Versorgung** arbeiten Psychiater, niedergelassene ärztliche oder psychologische Psychotherapeuten zur kassenärztlichen Versorgung von Erwachsenen bzw. Kindern und Jugendlichen. Im Jahr 2004 waren 12.389 psychologische Psychotherapeuten, vorwiegend



Verhaltenstherapeuten, bei der kassenärztlichen Bundesvereinigung und 8.408 niedergelassene Fachärzte, vorwiegend tiefenpsychologisch fundiert, bei der Ärztekammer registriert. Die Probleme der ambulanten Versorgung liegen in der Bedarfsplanung. So liegt die Dichte von Psychotherapeuten pro 100.000 Einwohner in Berlin bei 50, in Sachsen-Anhalt hingegen bei sechs. Die Wartezeit auf einen freien Therapieplatz beträgt ungefähr fünf Monate, wobei nur ca. 50% der anfragenden Patienten bei der Vergabe der Therapieplätze von den niedergelassenen Psychotherapeuten berücksichtigt werden. Patienten mit Suchtproblemen oder chronischen Schmerzen werden besonders häufig abgelehnt (Schulz et al., 2008). In **Institutsambulanzen** bzw. Ambulanzen von Allgemeinkrankenhäusern wurden 2001 etwa 175.000 psychisch kranke Patienten behandelt. Hochschulambulanzen und 171 staatlich anerkannte Ausbildungsinstitute sind ebenfalls an der ambulanten Versorgung psychisch kranker Menschen beteiligt (Schulz et al., 2008). Die Ambulanzen sind regional sehr unterschiedlich organisiert und können in die Gemeindeversorgung als sozial-psychiatrischer Dienst integriert sein. In vielen Regionen Deutschlands gibt es weiterhin Selbsthilfegruppen oder Verbände für Betroffene und deren Angehörige (Bauer & Engfer, 2006).

Wittchen und Jacobi (2001) gehen auf Grund des Bundes-Gesundheits-Surveys von 1998 davon aus, dass nur 36% aller psychischen Störungen versorgt werden. In der stationären Versorgung bestehen aktuell starke Bestrebungen einer kosteneinsparenden und effektiveren Behandlung: Von den Kostenträgern wird häufig die Verweildauer mit der Behandlungseffizienz gleichgesetzt, da diese maßgeblich die Behandlungskosten beeinflusst (Wetterling, Junghans, Müßigbrodt, Freyberger & Dilling, 1997). Spießl, Binder, Cording, Klein und Hajak (2006) geben jedoch zu bedenken: „Für den psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich hat die Verkürzung der Verweildauer pro Aufenthalt inzwischen eine untere Grenze erreicht. Eine weitere Reduzierung geht auf Kosten der Wiederaufnahmerate und des Behandlungsergebnisses“ (S. A2552).

Zur **Vergütung** der allgemeinen Krankenhausleistungen führte die Bundesregierung das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) ein, das im §17d die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen regelt (BRD, 2009). 2013 soll das System budgetneutral umgesetzt werden, wobei aktuell noch ein Diskurs bezüglich der Art der Fallpauschalen besteht (GKV-Spitzenverband, 2009; Leber, 2010). Das Psych-Entgeltsystem orientiert sich an dem 2003 in der somatischen Medizin eingeführten DRG-System (Diagnosis related groups). Dies erfordert die Kodierung aller medizinischen Leistungen nach dem internationalen Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS). Leber (2010) zeigte, dass Patienten mit psychischen Erkrankungen in Allgemeinkrankenhäusern bereits jetzt über DRG abgerechnet werden. Im Zuge des neuen Entgeltsystems gewinnt die Qualitätssicherung noch mehr Bedeutung und Relevanz.

### 3 Qualitätssicherung

In diesem Kapitel werden zunächst wichtige geschichtliche Ereignisse aufgeführt, die zur Etablierung der Qualitätssicherung in der deutschen Gesundheitsversorgung beitrugen. Zur Einordnung der Anforderungen an die Einrichtungen werden anschließend Begriffe zur Qualitätssicherung im Kontext psychiatrisch/psychotherapeutischer Behandlung erläutert und die Forderungen des Gesetzgebers inhaltlich ausgewertet.

Im Jahre 1984 forderte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) von allen europäischen Mitgliedstaaten bis zum Jahre 1990 die gesetzliche Verpflichtung zu effektiven Verfahren in der medizinischen Patientenversorgung (Heuft & Senf, 1998). Die Bundesregierung reagierte darauf mit dem Gesundheitsreformgesetz im Jahre 1989 und dem Gesundheitsstrukturgesetz im Jahre 1993 und legte mit dem Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Qualitätssicherung im Gesundheitswesen fest (Gaebel & Schwarz, 1998; Heuft & Senf, 1998). Der Paragraph 135a des SGB V (BRD, 2002) umfasst die verpflichtenden Regelungen zur Qualitätssicherung:

**„§ 135a Verpflichtung zur Qualitätssicherung.** (1) Die Leistungserbringer sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden. (2) Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen und Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a besteht, sind nach Maßgabe der §§ 136a, 136b, 137 und 137d verpflichtet, sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern und einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln.“

Mit dem § 135a SGB V werden die Einrichtungen explizit zur Sicherung der Ergebnisqualität verpflichtet. Therapien müssen nach aktuellem Wissensstand angeboten werden, Mitarbeiter regelmäßig Fort- und Weiterbildungen absolvieren. Die Einrichtungen sind weiterhin verpflichtet, externe und interne Qualitätssicherungsmaßnahmen einzuleiten. Paragraph 137 SGB V (BRD, 2002) legt zusätzlich Mindestanforderungen der Strukturqualität und einen Katalog zur Abrechnung planbarer Leistungen nach dem KHG vor, sowie die Verpflichtung zur Dokumentation und zur Erstellung eines Qualitätsberichts fest.

#### 3.1 Begriffsbestimmungen

Mit der Reformierung des Gesundheitssystems wandelte sich die Sichtweise auf die medizinische Versorgung. Neben Kostensenkung und Effizienzsteigerung stehen Wettbewerb und Marktwirtschaft im Fokus der Bemühungen. Der Patient wird zum Konsumenten medizinischer Leistungen. Die Qualität einer Einrichtung fungiert schließlich als Steuerungselement im Konkurrenzkampf um Patienten (Schrappe, 2004).

Unter **Qualität** ist im medizinischen Bereich die optimale Versorgung Kranker nach den neusten wissenschaftlichen Kenntnissen (Sulz, 2001) unter Beachtung der Eigenarten und der Persönlichkeit (Härter, Linster & Stieglitz, 2003) zu verstehen. In der psychiatrischen Arbeit gilt als Zielfestlegung die Linderung bzw. Remission psychischer Erkrankungen. Qualität ist definiert als die Übereinstimmung der Prozesse und Ergebnisse die zur Erreichung dieses Ziels führen (Farin & Bengel, 2003). Es können drei Arten der Qualität unterschieden werden: (1) Struktur-, (2) Prozess- und (3) Ergebnisqualität (Donabedian, 1988). Die Abgrenzung der drei Dimensionen ist teilweise nicht möglich, da sie interagieren (Schrappe, 2004) und eine Kausalkette besteht (Badura, 2002). Die Ergebnisqualität ist auf eine gute Struktur- und Prozessqualität angewiesen (Badura, 2002).

Gaebel und Schwarz (1998) bezeichnen die **Strukturqualität** als Input, da diese organisatorische, finanzielle, bauliche, räumliche, apparative und personelle Ressourcen der Einrichtung darstellt. Weiterhin beinhaltet Strukturqualität die fachliche Kompetenz der Mitarbeiter sowie die fachgerechte Ausgestaltung der Therapieangebote (Gaebel & Schwarz, 1998). Zur Erfüllung der Strukturqualität gehören gesetzliche Rahmenbedingungen wie die Weiterbildung der Fachärzte (Badura, 2002; Gaebel & Schwarz, 1998; Härter et al., 2003).

Die **Prozessqualität** umfasst alle diagnostischen und therapeutisch-rehabilitativen Maßnahmen: die Visiten und Fallbesprechungen, die Somato-, Sozio- und Psychotherapie, das Entspannungstraining, die Sozialarbeit sowie Kombinationstherapien. Es geht im Detail um den korrekten Aufbau der multidimensionalen Behandlung unter Beachtung von Behandlungsleitlinien für die Erkrankung (Gaebel & Schwarz, 1998). Die Prozessqualität ist die Qualität im Therapiegeschehen, in der Therapieplanung und der Verlaufskontrolle. Die Arbeit und Kooperation des multiprofessionellen Teams ist dabei zu organisieren und zu garantieren (Sulz, 2001).

Die **Ergebnisqualität** ist das „Maß der Übereinstimmung zwischen dem optimalen und dem tatsächlichen Behandlungsergebnis“ (Gaebel & Schwarz, 1998, S. 387). Trotz der kausalen Beziehung der Qualitätsdimensionen kann nicht zwangsläufig von der Struktur- und Prozess- auf die Ergebnisqualität geschlossen werden (Gaebel & Schwarz, 1998). Im Rahmen der somatischen Medizin ist die Ergebnisqualität das Effektivitäts- und Effizienzmaß. Dabei können Kenngrößen wie die Mortalität oder die Komplikationsrate zu Grunde gelegt werden (Badura, 2002). Bei der Versorgung psychisch Kranker interessiert die Besserung/Heilung der Erkrankung, die Funktionsfähigkeit sowie die Veränderungen der psychischen Symptome, der Lebensqualität und der Zufriedenheit (Sulz, 2001). Auf der Systemebene werden unter Ergebnisqualität die Behandlungskosten und die Mitarbeiterzufriedenheit (Badura, 2002) subsumiert. Um die Ergebnisqualität abbilden zu können, müssen Outcome-Maße zur Erfassung der psychischen Symptome, psychosozialer Beeinträchtigung, der Lebensqualität und der Therapienebenwirkungen eingesetzt werden.

Um die langfristige Stabilität der Behandlungsergebnisse zu belegen, sollten katamnestische Erhebungen zur Ergebnisqualität folgen (Gaebel & Schwarz, 1998). Tabelle 1 differenziert die Qualitätsdimensionen stichwortartig.

Tabelle 1

*Dimensionen von Qualität*

<b>Strukturqualität</b>	<b>Prozessqualität</b>	<b>Ergebnisqualität</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesetzliche Grundlagen</li> <li>• Verfügbarkeit</li> <li>• Zahl der Einrichtungen</li> <li>• Person (Ausbildung)</li> <li>• Wissen</li> <li>• Ausstattung (Technik)</li> <li>• Organisation (Ablauf)</li> <li>• Finanzmittel</li> <li>• Kapazitäten (z.B. Betten)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auslastung</li> <li>• Kooperationen*</li> <li>• Befunderhebung</li> <li>• (Psychologische) Diagnostik</li> <li>• Planung und Gestaltung der Therapie</li> <li>• Verlaufskontrolle</li> <li>• Führungsprozesse</li> <li>• Administration</li> <li>• Service</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Effektivität und Effizienz</li> <li>• Morbidität/psychische Stabilität</li> <li>• Besserung/Heilung der Erkrankung</li> <li>• Funktionsfähigkeit</li> <li>• Grad der Veränderungen des Patienten</li> <li>• Grad der Lebensqualität des Patienten</li> <li>• Grad der Zufriedenheit des Patienten</li> <li>• Mitarbeiterzufriedenheit</li> <li>• Behandlungskosten</li> </ul>

*Anmerkungen.* (in Anlehnung an: Badura, 2002; Härter et al., 2003; Sulz, 2001)

**Qualitätssicherung** ist die systematische, fundierte und dokumentierte Kontrolle der Qualität (Farin & Bengel, 2003) um im Bedarfsfall notwendige Korrekturen zu deren Verbesserung einleiten zu können (Sulz, 2001). Gaebel und Schwarz (1998, S. 380) definieren Qualitätssicherung im Gesundheitssystem als „Vergleichsprozess einer diagnostisch-therapeutischen Maßnahme (Istwert) hinsichtlich ihrer Bedingungen, Durchführungsmodalitäten und Ergebnisse mit definierterem Standard (Sollwert) ... . Qualitätssicherung stellt in diesem Kontext die bei festgestellter Abweichung von einem definierten Toleranzbereich durchgeführte Problemanalyse mit anschließender Problemlösung dar“. Maßnahmen zur Qualitätssicherung sollen der Über-, Unter- und Fehlversorgung entgegenwirken (Schrappe, 2004). In der psychiatrischen Versorgung besteht an zahlreichen Stellen eine deutliche Unterversorgung, d.h. der Bedarf an Behandlung ist vorhanden, aber eine adäquate Versorgung kann beispielsweise auf Grund der hohen Auslastung der psychiatrischen Krankenhäuser oder ambulanter Psychotherapien erst nach Wartezeit erfolgen. Weiterhin sollte die Qualitätssicherung einer Fehlversorgung vorbeugen, d.h. die Wirksamkeit der Behandlungsmethode sollte durch effectiveness-Studien nachgewiesen sein und durch die Patienten akzeptiert werden.

Es können Maßnahmen zur internen und externen Qualitätssicherung unterschieden werden. Die **interne Qualitätssicherung** bezieht sich auf eine praxis- oder klinikinterne Sicherung der Qualität nach zuvor definierten Qualitätskriterien und hat für die Einrichtungen die größte Bedeutung (Schmidt, Nübling & Lamprecht, 1992). Dafür werden Analyseschritte

definiert und deren Ergebnisse dokumentiert. Die interne Qualitätssicherung wird in den meisten Einrichtungen durch Qualitätssicherungsbeauftragte geplant, durchgeführt und ausgewertet. Damit die interne Qualitätssicherung Erfolg hat, sind Motivation auf Seiten der Mitarbeiter in der Einrichtung, eine Forschungskonzeption und die Bereitstellung der Infrastruktur notwendig (Schmidt et al., 1992).

Im Gegensatz zur internen erfolgt bei der **externen Qualitätssicherung** die Beurteilung der Qualitätskriterien durch Gutachter von externen Einrichtungen. Externe Gutachter können dabei Dachorganisationen der Krankenhäuser, Kostenträger oder ärztlich geführte Organisationen sein (Schmidt et al., 1992). Der externe Gutachter wählt die Erfassungsinstrumente zur Qualitätssicherung aus – das bekannteste Mittel zur externen Qualitätssicherung ist die gesetzlich festgelegte Basisdokumentation. Die Auswertung und Beurteilung der Qualität erfolgt nach Standards und schließt direkt Aufforderungen zu Korrektur- und Verbesserungsmaßnahmen an (Sulz, 2001).

Die Verankerung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung in eine bestehende Organisation durch konkrete Handlungsanweisungen wird als **Qualitätsmanagement** bezeichnet. Das Ziel von Qualitätsmanagement ist die Verwirklichung einer erreichbaren Qualität bzw. das Erhalten oder die Steigerung der Qualität in der Einrichtung (Härter et al., 2003). Die Methode des Qualitätsmanagements ist ein problemorientierter Kreislauf mit sechs Schritten: (1) Die Problemerkennung, (2) die Problemanalyse, (3) die Problemlösung, (4) die Evaluation, (5) prophylaktische Qualitätssicherung und (6) erneute Problemerkennung (Härter et al., 2003). Für Qualitätsmanagementsysteme hat der Gesetzgeber Anforderungen gemäß der ISO (International Organization for Standardization) und speziell eine Zertifizierung und Akkreditierung der Einrichtung vorgeschrieben. Im Rahmen eines Zertifizierungsprozesses prüfen externe Gutachter, die Einhaltung der ISO Anforderungen (Härter et al., 2003). Insgesamt ist Qualitätsmanagement als Maßnahme zur Qualitätsförderung zu verstehen und dauerhaft von der Einrichtung zu leisten. Qualitätsbeauftragte und -handbücher helfen den Mitarbeitern in der Einrichtung bei ihrer Arbeit. Maßnahmen des Qualitätsmanagements in stationären Einrichtungen sind ebenso Qualitätszirkel, eine regelmäßige Supervision, Gutachterverfahren sowie Disease-Management-Programme (Hoyer & Uhmann, 2008) oder Benchmarking (Härter et al., 2003).

**Benchmarking** kann der externen Qualitätssicherung und der Problemidentifikation dienen (Härter et al., 2003). Per Definition ist es ein Controlling-Instrument, ein organisationsbezogener Ansatz zur Qualitätssicherung und -verbesserung. Es ist ein Prozess zur Identifizierung, zum Kennenlernen und zur Übertragung hervorragender Methoden und Prozesse der Leistungserbringung anderer Organisationen. Voraussetzungen für erfolgreiches Benchmarking sind Transparenz, detaillierte Informationen über Ressourcen, Ressourceneinsatz, Prozesse, sowie qualitative und quantitative Ergebnisse

(Güntert, 2002). Beim kooperativen Benchmarking arbeiten mindestens zwei Einrichtungen zusammen und legen Informationen über Prozesse der Leistungserbringung offen. Im Anschluss daran erfolgen umfangreiche Analysen und, entsprechend des „best practise models“, werden von der im Klinikvergleich besten Einrichtung Ratschläge und Methoden der Umsetzung übernommen, d.h. bewährte, etablierte und akzeptierte Prozesse setzen sich durch (Güntert, 2002). Güntert (2002) fasst wichtige Benchmarking Kriterien für das Gesundheitswesen zusammen; die Behandlungsdauer, die Patientenzufriedenheit, die Mitarbeiterzufriedenheit sowie die Statusveränderungen der Patienten. Aus diesen Informationen heraus sind Kostentreiber für direkte und indirekte Kosten zu ermitteln.

Eine Grundlage der Qualitätssicherung ist die **Evaluation**. Diese bezieht sich auf die Bewertung eines Programmes oder einer Intervention (Farin & Bengel, 2003) und beschreibt einen Beurteilungsprozess. Es werden Fragen nach der Wirksamkeit, dem Wirkmodell, der Verfügbarkeit sowie der Kosten und der Effizienz beantwortet (Hoyer & Uhmman, 2008).

Eine Aufgabe der Evaluation ist die **Therapieevaluation**, die, selbstverwaltet, der Qualitätssicherung und Selbstkontrolle dient. Die Optimierung des psychotherapeutischen Vorgehens ist sowohl für die Gruppenstatistik als auch den Einzelfall möglich, da Stundenbögen am Ende einer Therapiesitzung ebenfalls eine Form der Evaluation darstellen (Hoyer & Uhmman, 2008).

Die **Psychotherapieevaluation** beantwortet drei fundamentale Fragen im Zusammenhang mit einer Intervention: (1) Hilft die Intervention unter spezifischen experimentellen Bedingungen? Diese Frage bezieht sich auf die efficacy und beschäftigt die Forscher. (2) Hilft die Intervention in der Praxis? Mit dieser Frage wird die effectiveness durch Forscher und Praktiker geprüft. (3) Hilft die Intervention bei Patient X? Diese Frage interessiert alle therapeutisch Tätigen (Howard, Moras, Brill, Martinovich & Lutz, 1996). Zur Klärung der efficacy sind randomisierte, kontrollierte Studien mit Kontrollgruppendesign (Vergleichsgruppen) notwendig. Studien zur effectiveness sind systematisch und naturalistisch und dienen der Überprüfung der externen Validität (Howard et al., 1996).

Die **Psychotherapieforschung** bezieht sich auf die Untersuchung verschiedener psychotherapeutischer Behandlungsformen. Farin und Bengel (2003) unterscheiden sieben Phasen: (1) Die Konzeptualisierung der Dysfunktion – d.h. der psychischen Beeinträchtigung, (2) die Forschung zum Verlauf der Dysfunktion, (3) die Konzeptualisierung der therapeutischen Behandlung, (4) die Spezifikation der therapeutischen Behandlung, (5) die Prüfung der Wirksamkeit der Therapie, (6) die Erforschung des Therapieprozesses und (7) die Prüfung des Einflusses von Randbedingungen und Moderatorvariablen.

### 3.2 Qualitätssicherung in der Psychiatrie

Auf den nachfolgenden Seiten werden aktuelle Qualitätssicherungsmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken dargestellt und vertieft. Der Schwerpunkt liegt auf den gesetzlich geforderten Maßnahmen und Entwicklungen zur Optimierung der Qualitätssicherung. Nach einer inhaltlichen Einführung werden kurz aktuelle Projekte und deren Ergebnisse vorgestellt.

Janssen et al. (2000, S. 365) fassen zusammen: „Qualitätssicherung in der Psychiatrie umfasst prinzipiell alle Aspekte therapeutischen Handelns von der Diagnostik bis zur Indikationsstellung und Durchführung therapeutischer, rehabilitativer, und präventiver Maßnahmen unter Berücksichtigung ihrer versorgungspolitischen und regionalspezifischen institutionellen Rahmenbedingungen.“ Die Qualitätssicherung dient „dem konkreten Interesse der Patienten, eine humane, zeitgemäße, wirksame aber auch wirtschaftliche Behandlung zu erhalten“ (Heuft & Senf, 1998, S. 48). Die Einführung des Qualitätsmanagements steuert die Prozesse zur Qualitätssicherung. Ziel aller Maßnahmen zur Qualitätssicherung sind eine Optimierung der Behandlungsabläufe und -ergebnisse, eine Erhöhung der Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit, eine höhere Identifikation der Mitarbeiter mit der Einrichtung sowie Belege für die Behandlungskosten (Hoyer, Bermejo & Härter, 2003).

In Deutschland gab und gibt es zahlreiche Bestrebungen zur Qualitätssicherung in der Versorgung psychisch Kranker. Die Basisdokumentation (Bado) der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) ist die Antwort auf die gesetzliche Forderung der Dokumentation. Sie umfasst einen Minimalkatalog von Fragen, die im Rahmen jeder psychiatrischen Behandlung zu erheben sind. Ein weiteres großes Projekt sind die Kompetenznetzwerke wie beispielsweise das Kompetenznetzwerk Depression, welches der Kooperation und dem Wissenstransfer bei depressiven Erkrankungen für Betroffene, Angehörige und Professionelle dient (Hoyer et al., 2003).

Spöhring und Hermer (1998) benennen insgesamt 12 Dimensionen, die zur Ergebnisqualität im Gesundheitssystem erhoben werden sollten. Für die Psychiatrie adaptiert (vgl. Tabelle 2) beinhalten diese die Verweildauer, die Art der Unterbringung, die Art des Behandlungsabschlusses, Suizidversuche und im Todesfall dessen Ursache. Weiterhin sind im Rahmen der Patientenbefragung Informationen zur Zufriedenheit, der Lebensqualität und Verlaufsinformationen zu psychologischen Konstrukten zu erheben. Für den Therapieerfolg ist die Compliance, d.h. die aktive Mitarbeit des Patienten bei Einhaltung der Regeln und Vorschriften in Bezug auf die Psychopharmaka-Einnahme und alle Therapieangebote zu erfassen. In die Beurteilung sind auch Angehörige einzubinden; diese sollten ebenfalls bezüglich ihrer Zufriedenheit mit der Behandlung in der Einrichtung befragt werden. Um die optimale Versorgung des Patienten zu gewährleisten, sind im Rahmen der stationären Therapie für dessen weitere Versorgung alle notwendigen Maßnahmen einzuleiten. Betreuungsanträge oder Veränderungen der häuslichen Situation sind stets zu

dokumentieren. Im Rahmen des Behandlungsabschlusses sollte immer ein Evaluationsgespräch stattfinden (Spöhring & Hermer, 1998). Janssen et al. (2000, S. 364) weisen mehrfach darauf hin, dass „Qualitätsmanagement ... nicht nur als Legitimation gegenüber Kostenträgern dienen [soll], sondern ein aktiver Prozess der kontinuierlichen Verbesserung medizinischer Versorgung [ist], in dessen Mittelpunkt der Patient steht.“

Tabelle 2

*Dimensionen der Ergebnisqualität*

<b>Dimension</b>	<b>Teilbereiche</b>
(1) Patientenzufriedenheit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behandlung, Pflege</li> <li>• Unterbringung, Verpflegung, Versorgung</li> <li>• Befindlichkeit, Gesundheitszustand</li> <li>• Nebenwirkungen von Medikamenten</li> <li>• Informationen nach Art und Umfang</li> </ul>
(2) Veränderungsmessung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• geeignete Konstrukte - z.B. psychische Beschwerden</li> </ul>
(3) Lebensqualität nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• heimatnahe/heimatferner Aufenthalt</li> <li>• Einleitung einer erforderlichen Weiterbehandlung/Nachsorge</li> <li>• Wohnsituation</li> <li>• soziale Lebenssituation</li> </ul>
(4) Angehörigenzufriedenheit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behandlung, Pflege</li> <li>• Unterbringung, Verpflegung, Versorgung</li> <li>• Befindlichkeit, Gesundheitszustand</li> <li>• Nebenwirkungen von Medikamenten</li> <li>• Informationen nach Art und Umfang</li> </ul>
(5) Kooperation des Patienten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pharmakotherapie</li> <li>• Psychotherapie</li> <li>• andere Angebote</li> </ul>
(6) Verweildauer im Krankenhaus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anzahl der Tage</li> </ul>
(7) Behandlungsabschluss	<ul style="list-style-type: none"> <li>• regulärer Abschluss</li> <li>• irregulärer Abschluss (z.B. Abbruch)</li> </ul>
(8) Suizidversuch	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Art, Umstände</li> </ul>
(9) Tod des Patienten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todesursache</li> </ul>
(10) Erst- oder Wiederaufnahme	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Akzeptanz der Klinik im Versorgungsgebiet</li> <li>• Achtung: Drehtür-Psychiatrie</li> </ul>
(11) Betreuung von Patienten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Betreuung nach dem Betreuungsgesetz während der Behandlung eingeleitet</li> <li>• Betreuung nach Aufgabenbereichen <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gesundheitsfürsorge</li> <li>○ Aufenthaltsbestimmung</li> <li>○ finanzielle Angelegenheiten</li> </ul> </li> </ul>
(12) Abschlussevaluation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abschlussgespräch mit dem Patienten</li> <li>• Dokumentation</li> <li>• verallgemeinernde Auswertung</li> <li>• Katamnestische Befragung des Patienten</li> </ul>

*Anmerkung.* In Anlehnung an Spöhring und Hermer (1998, S. 566ff)



### 3.2.1 Dokumentation

„Die Führung einer systematischen Dokumentation stellt ... ein zentrales Qualitätskriterium professioneller psychotherapeutischer Behandlungen dar“ (Laireiter, Stieglitz & Baumann, 2001, S. 65). Mit der Neufassung der Psychotherapierichtlinien 1999 und dem § 135 SGB V ist die Dokumentation in der psychiatrischen Versorgung verpflichtend (Härter et al., 2003). Dokumentation ist gesetzlich und berufsrechtlich festgelegt und Bestandteil der Qualitätssicherung (Laireiter, 2003; Spießl, Hausner, Hajak & Cording, 2008). Rahmenbedingungen sind die Verschwiegenheitsverpflichtung, das Recht der Patienten auf Akteneinsicht, das Datenschutzgesetz sowie die 10-jährige Aufbewahrungsfrist der Behandlungsunterlagen (Laireiter, 2000, 2003; Laireiter, Stieglitz et al., 2001).

Dokumentation bezeichnet das Sammeln, Ordnen und Archivieren von Daten auf verschiedenen Medien (Papier, Kasette, Video). Die Funktionen der Dokumentation sind sehr umfangreich, angefangen von der Informationsspeicherung, über die Arbeitserleichterung bis hin zur Qualitätssicherung (Laireiter, Stieglitz et al., 2001; Spießl et al., 2008). Eine effektive klinische Dokumentation sollte ökonomisch, praktisch, akzeptabel, praktikabel, multimodal, systematisch, therapieschulen-übergreifend und übersichtlich gestaltet sein (Laireiter, 2000; Laireiter, Stieglitz et al., 2001). Durch Strukturen und Regeln können Dokumentationssysteme mit verschiedener Schwerpunktsetzung entstehen, dabei kann zwischen Basis- und Verlaufsdokumentation unterschieden werden.

Die **Basisdokumentation** ist ein „standardisiertes Erfassungssystem basaler patienten-, behandlungs-, und ergebnisbezogener Daten“ (Laireiter, 2003, S. 75). Zu Therapiebeginn werden Personendaten, soziale, biografische und anamnestische Daten, diagnostische Daten und Befunde, Zielvorstellungen sowie Indikationen erfasst. Im Therapieverlauf werden die eingesetzten Methoden, der formale Verlauf sowie der Therapieprozess protokolliert. Am Ende der Therapie werden deren Ergebnisse, die Bewertung und Zufriedenheitsbeurteilung sowie Folgemaßnahmen und Vereinbarungen erfasst. Im Idealfall erfolgen katamnestische Erhebungen zur Messung der Stabilität des Therapieerfolgs (Laireiter, 2003). Für verschiedene Indikationsbereiche und Settings existieren verschiedene Basis-Dokumentationsinstrumente, deren Vergleichbarkeit untereinander durch unterschiedliche Itemoperationalisierung und Schwerpunktsetzung erschwert wird. Mit der Psychologischen Basisdokumentation (Psy-BaDo) liegt seit 1998 ein schulenübergreifendes Dokumentations-System für die stationäre psychosomatisch/psychotherapeutische Behandlung vor. Die Psy-BaDo erfasst zu Behandlungsbeginn, im Verlauf und zu Behandlungsende Angaben von Patient und Therapeut (Heuft et al., 1999). Die Psy-BaDo hat sich im Einsatz bewährt, allerdings wurden gleichzeitig auch spezifische Basisdokumentationsbereiche für unterschiedliche Settings entwickelt, beispielsweise die Psychologische Basisdokumentation

für Kinder und Jugendliche (Winter, Wiegard, Welke & Lehmkuhl, 2005) oder die Psychoonkologische Basisdokumentation (Herschbach, Brandl, Knight & Keller, 2004).

Die **Verlaufsdokumentation** erfasst strukturelle Merkmale, Aspekte der Interventionen, Prozessdaten sowie Status- und Veränderungsdiagnostik und übernimmt eine Selbstkontrollfunktion (Laireiter, 2003). Die ideale Verlaufsdokumentation dokumentiert jede einzelne Therapiesitzung, d.h. Vorbereitung, Ablauf, Maßnahmen, Vorkommnisse und Auffälligkeiten, Ergebnisse, therapeutische Interaktionen und neue Vereinbarungen. In regelmäßigen Abständen sollte mit Hilfe der Verlaufsdokumentation Bilanz gezogen werden, um Veränderungen zu registrieren (Laireiter, Stieglitz et al., 2001).

Der Nutzen einer umfangreichen Dokumentation ist nachvollziehbar. In der psychiatrischen Versorgungspraxis treten allerdings häufig Zweifel an der Effektivität und der Ökonomie auf. Die Basisdokumentation ist in einigen Einrichtungen papierbasiert und Bestandteil der Patientenakten während andere diese in das Krankenhaus-Informationssystem integriert haben und der Zugriff jederzeit möglich ist. Spießl et al. (2008) fügen hinzu, dass der Zeit- und Personalaufwand zur Dokumentation enorm ist und von den Kostenträgern nicht abgedeckt wird.

Tritt, Götz, Loew und von Heymann (2007) stellen dar, wie in der Praxis effektiv mit Daten der Basisdokumentation im Rahmen der Qualitätssicherung umgegangen werden kann. Teilnehmende Kliniken nutzten die Psychotherapie Basisdokumentation (Bado PTM), eine Basisdokumentation speziell für die Psychotherapie, bestehend aus 200 Variablen (Kostenträger, Behandlungsart, Zugangsweg, Soziodemografie, Arbeitsunfähigkeit und Rentenverfahren) sowie ausgewählte psychometrische Testverfahren. Die Bado PTM wurde bislang in verschiedenen Kliniken bei insgesamt N=8.390 Patienten eingesetzt. Die Kliniken erhalten jährlich einen schriftlichen Bericht mit einer, nach Stärken und Schwächen gewichteten, kurzen Aufbereitung der Daten. Anhand der Bado Informationen werden „Auffälligkeiten“ zusammengestellt und eine Konfundierung mit den soziodemografischen Variablen der Patienten geprüft. Weiterhin erfolgt in den Kliniken jährlich eine Präsentation mit Gruppendiskussion, um die Mitarbeiterpartizipation zu steigern und den Nutzen der Bado PTM für die Einrichtung darzulegen.

### 3.2.2 Qualitätsberichterstattung

Durch § 137 SGB V (BRD, 2002) sind stationäre Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung verpflichtet, einen Qualitätsbericht im Abstand von zwei Jahren zu veröffentlichen. Dieser Bericht dient vor allem der Transparenz und setzt sich vorrangig aus Strukturdaten wie der Anzahl der Betten, der Anzahl der Ärzte, der Auslastungsquote, der Anzahl der behandelten Personen und deren psychische Erkrankungen zusammen. Der Gesetzgeber legte die Dokumentation der Strukturqualität bindend fest, machte jedoch die

Offenlegung der Ergebnisqualität optional, so dass sich die Qualitätsberichte verschiedener Einrichtungen zum Teil sehr stark unterscheiden (z.B. Pestinger, Töpel & Kabis, 2010).

Neben den Struktur- und Leistungsdaten enthalten die Qualitätsberichte Informationen zur Qualitätssicherung und zu Qualitätsmanagementprogrammen in der Einrichtung. In Bezug auf die Qualitätssicherung erfolgen die Dokumentation aller gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen und deren Einhaltung durch die Klinik, indem die notwendigen Kennziffern (z.B. ärztliche Fortbildungen) aufgezeigt werden. Die Darstellung der Qualitätsmanagementprogramme dient der Offenlegung weiterer Maßnahmen zur Sicherung der Versorgungsqualität in der Einrichtung und der Selbstdarstellung.

### 3.2.3 Leitlinien

Leitlinien sind schriftliche Orientierungshilfen im Sinne von Handlungs- und Entscheidungskorridoren zur Diagnostik und Behandlung. Sie basieren auf Erkenntnissen der evidenz-basierten Medizin und dienen der Behandlungsoptimierung (Härter et al., 2003; Janssen et al., 2006). Das Ziel der Leitlinien ist eine Behandlung auf dem bestmöglichen Wissensstand und auf Basis von Standards (Menke et al., 2006). „In Anlehnung an § 70 des Sozialgesetzbuch V erscheinen Leitlinien grundsätzlich geeignet, einen Beitrag zum Abbau von Über- oder Fehlversorgung und zur Mobilisierung von Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsreserven zu leisten“ (Menke et al., 2006, S. 3ff). Seit 1993 widmet sich das Referat Qualitätssicherung und Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) der Entwicklung und Publikation von Leitlinien. In den letzten Jahren wurden Leitlinien zu verschiedenen Störungsbildern unter anderem Schizophrenie (Gaebel & Falkei, 2005), unipolare Depression (DGPPN, BÄK, KBV & AWMF, 2010) und Substanzabhängigkeit (Schmidt, Gastpar, Falkei & Gaebel, 2006) publiziert. Bei der Erstellung von Leitlinien gibt es Qualitätsanforderungen wie eine regelmäßige Revision auf Basis aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse, Einhaltung der Entwicklungsregeln, eine hohe methodische Qualität sowie ein möglichst hoher Evidenzgrad (Menke et al., 2006). Mit Hilfe von Leitlinien soll geklärt werden: (1) Was sind notwendige diagnostische und therapeutische Maßnahmen?, (2) Welches sind empirisch begründete, d.h. wirkungsvolle Maßnahmen (evidenz-basiert)?, (3) Was ist im Einzelfall nützlich?, (4) Was ist überflüssig oder obsolet? und (5) Wann erfolgt eine stationäre bzw. ambulante Behandlung? (Härter et al., 2003). Bevor Leitlinien in der Routineversorgung angewendet werden können, müssen sie disseminiert, implementiert und evaluiert werden (Menke et al., 2006). Im Unterschied zu Richtlinien besteht keine Verpflichtung, Leitlinien in der klinischen Praxis anzuwenden (Härter et al., 2003), so dass sie auch tatsächlich selten angewendet werden. Gründe dafür sehen Janssen et al. (2006) auf organisatorischer und ökonomischer Seite sowie in der Erwartungshaltung der Patienten gegenüber Behandlungsmethoden

## 4 Psychologische Diagnostik in der Psychiatrie

Im Zuge der Forderungen nach (externer) Qualitätssicherung gewinnt die psychologische Diagnostik in der Psychiatrie immer mehr an Bedeutung. Psychologische Diagnostik ist ein wesentlicher Bestandteil zahlreicher Qualitätsmanagementprogramme. Das folgende Kapitel beschäftigt sich daher mit den Aufgaben und Funktionen sowie den Kriterien zur Auswahl psychologischer Diagnostik in der Psychiatrie. Als erstes wird psychologische Diagnostik differenziert betrachtet und vor dem Hintergrund der Psychiatrie definiert. Anschließend werden die Aufgaben der psychologischen Diagnostik in der Psychiatrie eingeordnet und abschließend durch empirische Studien belegt.

### 4.1 Begriffsbestimmungen

Im Rahmen der Psychiatrie ist vor allem die klinisch-psychologische Diagnostik relevant. Die Diagnostik dient der Messung und Beschreibung intra- und interindividueller Merkmale (Stieglitz, 2008b). Röhrle (2008, S. 19) gibt folgende Definition psychologischer Diagnostik:

„**Klinisch-psychologische Diagnostik** ist die wissenschaftlich begründete Erhebung klinisch-psychologisch bedeutsamer Phänomene mit Hilfe valider und reliabler Methoden, die unterschiedliche Ebenen und Aspekte des zu Diagnostizierenden (Systeme, Situationen, Kognitionen, Verhalten, biopsychologische Indikatoren), Datenquellen und Zeitpunkte nutzen. Die gewonnenen Daten dienen als Hilfe für Schlussfolgerungen und Entscheidungen, die für Auftraggeber und Ausführende so sparsam wie notwendig und so nützlich und ethisch einwandfrei wie möglich sein sollten.“

Klinische Diagnostik definiert Stieglitz (2008b, S. 20) daher als „zielgerichtete Anwendung der Methoden, Verfahren und Strategien der psychologischen Diagnostik auf Fragestellungen der Klinischen Psychologie, Psychotherapie und **Psychiatrie**“.

Es gibt verschiedene Differenzierungsmöglichkeiten von Diagnostik. So können u. A. die Status-, Prozess- und Verlaufsdagnostik unterschieden werden. In der Psychiatrie sind die **Statusdiagnostik**, zur Erfassung eines interessierten Phänomens zu einem definierten Zeitpunkt (Ist-Zustand), sowie **Verlaufsdagnostik** zur kontinuierlich erhobenen Veränderungsmessung relevant (Baumann & Stieglitz, 2001). Weiterhin kann zwischen dimensionaler und kategorialer, störungsbezogener und störungsübergreifender Diagnostik sowie unimodaler und multimodaler Diagnostik differenziert werden. Die **multimodale Diagnostik** und Anwendung störungsübergreifender Screening-Instrumente sind zentraler Bestandteil in der psychiatrischen Versorgung. Multimodale Diagnostik zeichnet sich durch verschiedene Datenebenen, -quellen, Untersuchungsverfahren und Konstrukte aus (Baumann & Stieglitz, 2001; Stieglitz, 2008c). Untersuchungsverfahren psychologischer Diagnostik können differenziert werden in Selbstbeurteilung, Fremdbeurteilung und Interviews. Ebenso unterscheiden sich die Untersuchungsebenen, d.h. Symptom, Syndrom oder Diagnose (Stieglitz, 2008b).

Für die psychiatrische Versorgung besonders relevant sind sogenannte Ratingverfahren, da diese die klinisch relevante Symptomausprägung erheben und sowohl für die Status- als auch die Prozess- und Verlaufsuntersuchung einzusetzen sind.

„Ratingverfahren (-skalen) sind Beurteilungsinstrumente, die zunächst eine Bewertung psychischer Phänomene auf Symptom- oder Merkmalsebene verlangen. Diese Bewertung erfolgt meist auf einer mehrstufigen Skala hinsichtlich Schweregrad oder Häufigkeit. Durch Aufsummierung der Urteile wird dann ein Skalenwert bestimmt. Zu unterscheiden sind Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren.“ (Freyberger & Stieglitz, 2006, S. 26)

## 4.2 Aufgaben der Psychologischen Diagnostik

Huber (1999) beschreibt ausführlich die psychiatrische Untersuchung und fasst die Aufgaben der psychologischen Diagnostik in der Allgemeinen Psychiatrie zusammen. Im Rahmen der Anamnese erfolgen ausführliche Explorationsgespräche. „Hilfsmittel neben der Exploration mit der Erhebung der Eigen- und Fremdanamnese können testpsychologische Untersuchungen mit Intelligenz-, Leistungs- und Persönlichkeitstests sein“ (Huber, 1999, S. 7). Der wichtigste Bestandteil der psychiatrischen Untersuchung ist der psychopathologische Befund, dieser umfasst die Arten, die Grundeigenschaften und den Hintergrund des Erlebens. „In der Regel gilt, dass der klinisch-psychopathologische Befund gegenüber dem testpsychologischen, der den klinischen Befund ergänzen, aber nicht ersetzen kann, den Vorrang hat“ (Huber, 1999, S. 21). Huber (1999, S. 22) resümiert schließlich die Rolle der psychologischen Diagnostik in der Psychiatrie: „Die Ergebnisse psychologischer Testverfahren sind eine wertvolle diagnostische Hilfe, wenn sie gezielt angewandt und unter einer bestimmten, anhand der klinischen Daten formulierten Fragestellung unter Berücksichtigung des gesamten Untersuchungsbefundes ausgewertet werden.“

In der Psychosomatik/Psychotherapie ist die psychologische Diagnostik ein fester Bestandteil des diagnostischen Prozesses. Zunächst erfolgen die sorgfältige Erhebung des psychopathologischen Befundes und eine umfangreiche körperliche Untersuchung. Im Anschluss daran folgen die Erhebung der Anamnese und der Einsatz psychologischer Diagnostik. Zu Beginn werden meist Screening-Instrumente eingesetzt: „Screening spielt immer dann eine Rolle, wenn es um die Identifizierung von Patienten mit Verdacht auf eine bestimmte Störung geht oder um die Identifizierung von Risikopatienten für die Entwicklung einer Störung“ (Stieglitz, 2008a, S. 151). Während der Therapie hat die psychologische Diagnostik verschiedene Ziele. Zum Erstgespräch dient sie der Indikation, Motivation und Diagnosestellung. Im Rahmen der Prä-Messung erfolgt die Statusdiagnostik, d.h. die Erhebung der zu Behandlungsbeginn vorliegenden Beeinträchtigung. Im Therapieverlauf werden im Rahmen einer therapiebegleitenden Diagnostik Zwischenmessungen durchgeführt. Am Ende der Therapie und nach der Therapie erfolgt schließlich die Post-Messung zur Beurteilung des Therapieerfolgs und der Therapieeffekte (Baumann & Stieglitz, 2001).

Generell dient die psychologische Diagnostik der Beschreibung, Klassifikation, Erklärung, Prognose und Evaluation der Behandlung psychischer Störungen. Bei Interventionen kann zum Nachweis der Wirksamkeit psychologische Diagnostik zur Evaluation der Behandlung eingesetzt werden. In diesem Kontext ist psychologische Diagnostik ein Bestandteil des Monitorings und der Qualitätssicherung (Baumann & Stieglitz, 2001; Stieglitz, 2008a, 2008b). In der Psychiatrie hat die Diagnostik vier zentrale Aufgaben: (1) die Operationalisierung psychischer Störungen, (2) die Beschreibung und Identifikation, (3) die Verlaufs- und Qualitätskontrolle sowie Therapie- und Prozesssteuerung sowie (4) die Evaluation und Erfolgsmessung (Stieglitz, 2008a).

### **(1) Operationalisierung psychischer Störungen**

Knappe, Runge, Beesdo, Jacobi und Wittchen (2008) fassen in einem Artikel mit dem Titel "Gold" - oder "Blech"-Standard? die Diagnostik psychischer Störungen im Rahmen der klinischen Diagnostik zusammen. Sie bezweifeln bei einem Großteil der Patienten die Validität der Diagnosen. „Klinische Diagnosen ohne Strukturierung sind hingegen notorisch unreliabel, und somit zwangsläufig auch in ihrer Reliabilität ... hochgradig eingeschränkt“ (Knappe et al., 2008, S. 74). Zur Ermittlung valider psychiatrischer Diagnosen sollten standardisierte Interviews zur Erfassung psychischer Störungen eingesetzt werden. Für die klinische Anwendung empfehlen sie sowohl die Nutzung klinischer als auch standardisierter Diagnosen zur Verbesserung der Reliabilität und Validität. Die klinischen Diagnosen haben jedoch als Validierungskriterium nur eingeschränkten Erklärungswert.

### **(2) Beschreibung und Identifikation**

Freyberger und Stieglitz (2000) fassen die Möglichkeiten psychologischer Diagnostik zusammen. Sie dient der Erfassung der Symptombelastung, der Persönlichkeitsentwicklung und der Längsschnittdiagnose. Die Autoren fordern eine systematische Kombination kategorialer und dimensionaler Verfahren (z.B.: SKID) und die Berücksichtigung von Komorbidität und multiaxialer Diagnostik. Aus ihrer Sicht sind für die psychologische Diagnostik in der Psychiatrie Leitlinien und Behandlungsempfehlungen notwendig. Bislang existieren lediglich störungsbezogene Leitlinien (z.B. Depression, Demenz) in denen spezifisch die psychologische Diagnostik thematisiert wird (Freyberger & Stieglitz, 2006). Die diagnostischen Leitlinien der DGPPN umfassen die Symptomatik und Diagnosestellung nach ICD-10, diagnostische Unterformen, die differentialdiagnostische Abgrenzung sowie Zusatzuntersuchungen bei Erst- und Wiedererkrankungen. Aktuell fehlt es an allgemeingültigen Empfehlungen, die eine falsche Anwendung psychologischer Diagnostik vermeiden könnten. Die Vorteile von Leitlinien zur Diagnostik in der Psychiatrie liegen für

den Praktiker in der Aktualität der Behandlungsmaßnahmen und dem Bezug zu wissenschaftlichen Erkenntnissen (Freyberger & Stieglitz, 2006).

### **(3) Verlaufs- und Qualitätskontrolle sowie Therapie- und Prozesssteuerung**

Mit Hilfe der Veränderungsmessung erfolgt die Beurteilung der Behandlungsgüte. Die Veränderung/Verbesserung des Konstrukts ist dabei das Behandlungsziel (Steyer, Hannover, Telser & Kriebel, 1997) und Abbild intraindividuelle Veränderungen (Stieglitz & Baumann, 2001). Es gibt verschiedene Taxonomien zur Veränderungsmessung – nach Inhalt (Kognitionen, Affekte, Verhalten), Datenquelle (Selbstbeurteilung, Therapeut, Dritte, Beobachter), Technologie (Methodik der Datenerhebung) oder dem Zeitbezug (trait bzw. state Variablen). Bei der Auswahl der Testverfahren sollten manualisierte Verfahren mit Normen, hinreichender Reliabilität und Validität, einfacher Anwendung, nachgewiesener Änderungssensitivität, geringen Kosten sowie einer Selbst- und einer Fremdbeurteilungsversion bevorzugt werden (Stieglitz & Baumann, 2001). Relevante Konstrukte der Veränderung sind die psychische Belastung (Angst, Depressivität), funktionale Beeinträchtigungen (bei der Arbeit, in sozialen und familiären Beziehungen), die Selbstbewertung sowie interpersonelle Beziehungen (Stieglitz & Baumann, 2001).

### **(4) Evaluation und Erfolgsmessung**

Therapieerfolg bzw. -misserfolg kann mit Verfahren zur direkten und zur indirekten Veränderungsmessung erfasst werden (Steyer et al., 1997; Stieglitz, 2003; Stieglitz & Baumann, 2001). Verfahren zur direkten Veränderungsmessung erfassen zum Abschlusszeitpunkt das Ausmaß der subjektiv erlebten Veränderung (Steyer et al., 1997). Bei Verfahren zur indirekten Veränderungsmessung erfolgt die Messung über änderungssensitive Items oder Skalen im Verlauf der Zeit. Zur Ermittlung der Veränderung wird dabei die Differenz der zwei Messwerte bestimmt (Steyer et al., 1997; Stieglitz, 2003; Stieglitz & Baumann, 2001). Steyer et al. (1997, S. 294) ergänzen jedoch: „Einer Differenz zwischen zwei Ratings oder zwei Tests kann man nicht ansehen, ob sie eine tatsächliche Veränderung wiedergibt oder nur eine zufällige, meßfehlerbedingte Schwankung“. Aus diesem Grund sollten zur Bewertung der Veränderung multiple Kriterien verwendet werden. Stieglitz und Baumann (2001) fassen einige Methoden kurz zusammen. Die Beurteilung der Veränderung kann über Normwerte erfolgen – d.h. es kann für jeden Messzeitpunkt separat bestimmt werden, ob ein auffälliger Skalenwert vorliegt. Andere Verfahren geben Cut-off-Werte an, die die Grenze zwischen psychopathologischer und gesunder Symptomausprägung definieren. Weiterhin können Verfahren zur klinischen Signifikanz oder zu klinischen Verlaufsparemtern (z.B. Responder-Definition) angewendet werden. Stieglitz (2003) ergänzt die Methoden der Effektstärken zur Beurteilung der Mittelwertdifferenz sowie

die Bestimmung der prozentualen Abnahme des Skalenwerts. Steyer et al. (1997) präferieren inferentiell testende Methoden zur Beurteilung der Veränderungsmessung, d.h. Verfahren, die den Messfehler des Verfahrens berücksichtigen. Der Reliable Change Index (RCI) zur Ermittlung der statistischen Signifikanz berücksichtigt zur Beurteilung der Differenz der zwei Messwerte die Reliabilität (Jacobson & Truax, 1991) und kann auf Normwertebene übertragen werden, so dass zusätzlich die klinische Signifikanz deutlich wird. Schmitz und Davies-Osterkamp (1997) diskutieren diese Vorgehen ausführlich am Beispiel der SCL-90-R.

### 4.3 Auswahl der Testverfahren

Die Wahl eines Testverfahrens sollte gut überlegt und begründet sein. Neben theoretischen Kriterien spielen oftmals technologische Kriterien eine Rolle, d.h. die Verfahren werden auf Grund der (internationalen) Bekanntheit eingesetzt. Verfahren zur psychologischen Diagnostik können ebenso leicht falsch ausgewertet, zur falschen Zeit angewendet oder bei der falschen Zielgruppe eingesetzt werden. Ein umfassendes Studium des Testmanuals sollte der falschen Anwendung der Verfahren entgegenwirken (Stieglitz, 2008b).

Die American Psychological Association (APA) hat 16 Kategorien mit über 180 Guidelines (**Assessmentstandards**) formuliert. Die umfangreichste, elaborierteste Liste im deutschsprachigen Raum ist vom Testkuratorium der Föderation deutscher Psychologenverbände (Testkuratorium, 2010). Diese umfasst Maßstäbe für die (1) Testgrundlage, (2) -durchführung, (3) -verwertung, (4) -evaluation und (5) äußere -gestaltung (Stieglitz, 2008b). Eine Reihe von Testverfahren wurde anhand der Empfehlungen beurteilt und kritisch betrachtet. Der Testanwender sollte jedoch Tests stets selbst kritisch beurteilen.

In der klinischen Anwendung besteht im Hinblick auf die Ökonomie und Benutzerfreundlichkeit bei der multimodalen Erfassung der Ergebnisqualität der Wunsch nach **Kurzformen** bewährter Instrumenten. Lutz, Tholen, Schürch und Berking (2006) legten auf Grund empirischer und methodischer Überlegungen Kurzformen für die Symptom-Checkliste 90-R (SCL-90-R) und das Inventar Interpersonaler Probleme (IIP-C) vor.

Die Lösung einiger zentraler Probleme bei der Anwendung psychologischer Diagnostik scheint die **PC-unterstützte Diagnostik** darzustellen, da diese ökonomischer als papierbasierte Befragungen ist. Kubinger (2009) weist in einem aktuellen Beitrag auf Möglichkeiten und Probleme der Computerdiagnostik hin. Klare Vorteile sieht Kubinger (2009) in der genauen Testauswertung und Zeitmessung, der Nutzung großer Datenbanken für verschiedene Versionen oder Vergleichsgruppen, im adaptiven Testen (tailored testing = für den Patienten individuell maßgeschneiderte Itemzusammenstellung) oder multifunktionalen Testen (ökonomische Erfassung verschiedener Konstrukte). Er resümiert, dass trotz der vorhandenen technischen Möglichkeiten die Testentwicklungen bisher eher konservativ verlaufen und technische Innovationen kaum Anwendung finden.



#### 4.4 Psychologische Diagnostik zur Qualitätssicherung

In diesem Kapitel werden zunächst einige Befunde zur Qualitätssicherung vorgestellt, in denen die psychologische Diagnostik die tragende Rolle spielt. Dabei geht es einerseits um den Nutzen der psychologischen Diagnostik als Mittel der Qualitätssicherung und andererseits um deren relevante Rolle im Rahmen der Therapieplanung, -gestaltung und -evaluation. Im Anschluss an allgemeinere Aussagen folgen Darstellungen zu aktuellen Qualitätssicherungs-Projekten in der Behandlung psychisch Kranker.

##### 4.4.1 Empirische Studien

Hiller, Bleichhardt und Schindler (2009) benennen **Kriterien der Ergebnisqualität**. Diese sind eine hohe Patientenzufriedenheit und eine hohe Therapiequalität. Patientenzufriedenheit operationalisierten sie mit einer Rücklaufquote von >85% bei einer Note von sehr gut bis gut. Hohe Therapiequalität liegt vor, wenn bei der Verlaufserhebung die Rücklaufquote >85% und die Abbruchquote <20% beträgt. Für Veränderungsmessungen sind Effektstärken von  $d > .50$ , eine Response-Rate (signifikanter Rückgang der Psychopathologie) von mehr als 50% und eine Remission (Merkmalsausprägung sinkt in den Normbereich) bei mindestens 40% der Patienten zu fordern (Hiller et al., 2009).

Insgesamt 24 Fachkliniken aus Baden-Württemberg beteiligten sich an einem Modellprojekt zur **Prozess- und Ergebnisqualität** in der stationären Depressions-Behandlung (Härter et al., 2004). Mittels des Benchmarking-Ansatzes wurden die Behandlungsdauer und Zufriedenheit der Patienten, die Art der Behandlungsmaßnahmen sowie der Erfolg der Behandlung erfasst. Insgesamt N=3.189 Patienten (66% Frauen, M=54 Jahre), 40% mit unipolarer Depression und 35% mit einer rezidivierenden Episode mit einer klinisch starken Beeinträchtigung wurden betrachtet. Eine psychopharmakologische Behandlung erhielten 94% der Patienten, wobei bei einem Drittel die Medikamente im Therapieverlauf gewechselt wurden. Die Patienten wurden durchschnittlich 64 Tage behandelt und 86% von ihnen beurteilten dies als angemessen, gegenüber 76% der Ärzte. Bei 80% der Patienten verbesserte sich die depressive Symptomatik signifikant ( $d=2.3$  für die Fremd- und  $d=1.5$  für die Selbstauskunft). Die höchsten Effekte zeigte Pharmakotherapie ( $d=2.3$ ), in einer Kombinationsbehandlung aus Pharmako- und Psychotherapie waren die Patienten jedoch am zufriedensten (Härter et al., 2004).

Berking, Orth und Lutz (2006) prüften die Wirkung der Patientenrückmeldung in einer Stichprobe von N=118 Patienten (63% Frauen, M=49 Jahre) und konnten aufzeigen, dass „Feedback die Effektivität einer stationären verhaltenstherapeutischen Behandlung erhöht“ (Berking et al., 2006, S. 26). Trotz der positiven Ergebnisse wurde die systematische Ergebnissrückmeldung nach Ende der Studie wieder abgeschafft, da die Motivation der Patienten und Mitarbeiter für die Fortsetzung nicht ausreichte (Berking et al., 2006).

#### 4.4.2 Projekte zur Qualitätssicherung

Projekte zur Qualitätssicherung in der Psychiatrie oder Psychotherapie im deutschen Sprachraum werden nachfolgend zur besseren Übersicht alphabetisch dargestellt.

**AKtive Interne QUALitäts-Sicherung (AKQUASI):** AKQUASI ist die Umsetzung des Stuttgart-Heidelberger Modells durch eine PC-Software für die stationäre Psychotherapie. Die Software ist als therapiebegleitendes Ergebnis-Monitoring gestaltet. AKQUASI erfasst im Kern das Helping Alliance Questionnaire, das KPD-38 zur Erfassung der psychischen Belastung, die Lebensqualität, die direkte Veränderungseinschätzung durch den Patienten und die Patientenzufriedenheit (Gallas & Efthimiou, 2006; Percevic, 2005; Percevic, Gallas, Arikan, Mößner & Kordy, 2006). Die Auswertung orientiert sich an Standards und Normen und ist auf Einzelfall oder Gruppenebene möglich. Veränderungen werden im Web-AKQUASI durch Pfeile (bei klinisch bedeutsamer Veränderung) gezeichnet. Das Programm gibt weiterhin „Alarm“, wenn Schwellenwerte unter- oder überschritten werden und kann somit zur Gestaltung der Therapie herangezogen werden (Percevic et al., 2006).

**Computer Assisted Recording of Events (CARE):** Freudenmann und Spitzer (2001) stellen mit CARE ein PC-System zur Erfassung der Ergebnisqualität in der Psychiatrie vor. CARE ermöglicht die direkte und systematische Patientenbefragung zu Themen psychiatrischer Ergebnisqualität mittels eines Touchscreens. Die Befragung der Patienten beinhaltet 60 bipolare, auf einer visuellen Analogskala vorgegebene Items zu dem eigenen Befinden, der Stimmung, der Beeinträchtigung durch psychopathologische Symptome, der Zufriedenheit, dem Stationsklima, erwünschten und unerwünschten Arzneimittelreaktionen und kritischen Ereignissen. In einer Pilotstudie an der Universitätsklinik Ulm wurde die Akzeptanz von CARE in einer Stichprobe von N=137 Patienten analysiert. Freudenmann und Spitzer (2001) resümieren, dass CARE für die Sicherung der Ergebnisqualität geeignet, jedoch die tägliche Befragung aller Patienten im klinischen Alltag nicht umsetzbar ist.

**Computerized Assessment System for Psychotherapy Evaluation (CASPER):** CASPER fungiert als Qualitätsmonitor und erfasst insgesamt 62 Hauptbeschwerdebereiche, auf Grund von Pfadregeln beantwortet der Patient jedoch nur die erforderlichen Fragen. Die Eignung von CASPER im Therapieverlauf wurde bei 78 stationären Patienten (68% Frauen, M=29 Jahre) überprüft. 73% der Patienten hatten keine Probleme beim Beantworten der Fragen. Die häufigsten psychischen Probleme waren Depression (65%), Angst (62%) und negative Einstellungen zu sich selbst (59%). Im Therapieverlauf änderte sich die Schwere der Hauptprobleme ( $d=2.3$ ) und der generellen psychischen Belastung (GSI des BSI  $d=1.6$ ) deutlich. Farrell (1999) bewertet CASPER als wichtiges Mittel zur Identifikation und Veränderungsmessung der Hauptprobleme von Patienten mit psychischen Störungen.

**ICD-10-Symptom-Rating (ISR):** Das ISR ist ein zeit- und ressourcenökonomisches, störungsübergreifendes Verfahren zur Vergabe einer validen und standardisierten Diagnose

bei Patienten mit psychischen Erkrankungen. Die Items des ISR wurden auf Basis der ICD-10 formuliert und beinhalten sechs Skalen mit fünf-stufiger Antwortskalierung: (1) Depressives Syndrom (4 Items), (2) Angstsyndrom (4 Items), (3) Zwangssyndrom (3 Items), (4) Somatoformes Syndrom (3 Items), (5) Essstörungssyndrom (3 Items) und (6) Zusatzskala (12 Items; Tritt, von Heymann et al., 2007). Das ISR wurde mittlerweile bei mehr als 12.000 psychosomatischen Patienten sowie bei 2.500 gesunden Personen aus der Bundesrepublik Deutschland im Rahmen einer bevölkerungsrepräsentativen Studie eingesetzt. Das Verfahren konnte so validiert und normiert werden (Tritt et al., 2010).

**Klinisch Psychologisches Diagnosesystem 38 (KPD-38):** Das KPD-38 ist ein Fragebogen für die Ergebniseinschätzung in Psychotherapie und Psychosomatik. Er erfasst körperliche, psychische und soziale Beschwerden, soziale Unterstützung und Ressourcen sowie Aspekte der Lebenszufriedenheit. Die 38 Items werden auf einer vierstufigen Antwortskala beantwortet und sind als fester Bestandteil in AKQUASI integriert (Percevic et al., 2005). Gute psychometrische Eigenschaften des KPD-38 konnten in einer Stichprobe von 1.533 Patienten (69% Frauen, M=44 Jahre) und einer Bevölkerungsstichprobe ermittelt werden. Neben einer guten internen Konsistenz gelang die Replikation der Skalenstruktur (Moessner, Zimmer, Gallas, Percevic & Kordy, 2009).

#### 4.5 Zusammenfassung Psychologische Diagnostik in der Psychiatrie

Auf theoretischer und empirischer Seite sind die Möglichkeiten und Grenzen psychologischer Diagnostik in der Psychiatrie bekannt. Gerade im Hinblick auf die Erfassung der Ergebnisqualität kann Veränderungsmessung psychologisch-diagnostischer Konstrukte gewinnbringend eingesetzt werden. Ein Blick auf die klinische Praxis offenbart jedoch die Kluft. Trotz überzeugender wissenschaftlicher Erkenntnisse findet die psychologische Diagnostik nur zögerlich in der Psychiatrie Anwendung. Während die kontinuierliche Anwendung psychologischer Diagnostik in der Psychosomatik/ Psychotherapie längst zur Routine gehört, widmen sich Stationen der Allgemeinen Psychiatrie, der Suchttherapie oder der Gerontopsychiatrie nur zögerlich psychologischer Diagnostik. Huber (1999) hatte darauf hingewiesen, dass die psychologische Diagnostik optional ist. Auch heute, mehr als 10 Jahre später, wird auf zahlreichen Stationen der psychiatrischen Akutversorgung psychologische Diagnostik nicht angewendet. Die Gründe hierfür sind vielfältig. Primär für die Einrichtungen sind stets die Kosten. Psychologische Diagnostik kostet auf zwei Ebenen Geld: (1) die Personalkosten zur Durchführung, Auswertung und Interpretation und (2) die Lizenzkosten für die Testverfahren. Weiterhin sind die Einrichtungen häufig unterbesetzt, so dass die Mitarbeiter mit den „normalen“ Aufgaben des Stationsalltags vollkommen ausgelastet sind. Die vorgestellten Projekte zur Qualitätssicherung bestätigen dies und zeigen deutlich den Trend in Richtung PC-unterstützter, kontinuierlicher Patientenbefragung an.

## 5 Psychiatrisch relevante Konstrukte

Im Rahmen der Behandlung psychischer Erkrankungen steht für die Patienten häufig die Symptomverbesserung an erster Stelle. Der Symptomverbesserung wird dabei zumeist das Phasenmodell therapeutischer Veränderungen zu Grunde gelegt. Der Genesungsprozess im Rahmen einer Psychotherapie erfolgt in drei Phasen: (1) In der Remoralisierungsphase wird das Wohlbefinden des Patienten erhöht bzw. wieder hergestellt. (2) In der Remediationsphase werden Qualität und Quantität der Symptomatik verringert, d.h. die vom Patienten wahrgenommene psychische Belastung reduziert sich. (3) Die Rehabilitationsphase beschreibt die volle Funktionsfähigkeit und die Beseitigung interpersonaler Probleme (Howard, Lueger, Maling & Martinovich, 1993; Lutz et al., 2006).

Es gilt stets, geeignete Assessmentinstrumente für die psychiatrischen Patienten auszuwählen. Burlingame et al. (2005) formulieren fünf Schritte, die sich (1) auf die Identifikation der Zielgruppe, (2) die Literaturrecherche bezüglich der möglichen Instrumente, (3) die Erstellung von Kriterien und Eingrenzung des Instrumentenpools anhand der Kriterien und (4) Prüfung der Instrumente beziehen. Sie geben eine Übersicht der psychologischen Testverfahren die am häufigsten eingesetzt werden. Generell zeigt sich die Dominanz der Fremdbeurteilungsinstrumente gegenüber der Selbstbeurteilung. Zu den häufigsten und bekanntesten Fremdbeurteilungsverfahren zählen die Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), die Global Assessment of Functioning Scale (GAF) sowie die Clinical Global Impression Scale (CGI). Auf Seite der Selbstbeurteilungsinstrumente wird am häufigsten die Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) eingesetzt, da diese als Screening-Instrument die psychische Beeinträchtigung auf verschiedenen Skalen misst (Burlingame et al., 2005). Einen Überblick deutschsprachiger störungsbezogener und störungsübergreifender Verfahren liefern die Internationalen Skalen für Psychiatrie, die wichtige Inhalte und psychometrische Kennwerte der Testverfahren kurz zusammenfassen (Collegium Internationale Psychiatricae Sclorum, 2005).

Im deutschen Sprachraum dominieren die GAF und der Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS) die Fremdbeurteilung. Die GAF-Skala ist eine globale Ratingskala zur Abbildung der Achse V des DSM-IV. Auf einer Skala von eins bis 100 werden Symptome, Leistungsfähigkeit, soziale Beziehungen sowie Psychopathologie simultan durch den Therapeuten beurteilt. Die GAF wird „... sowohl in der klinischen (v.a. psychiatrischen) Praxis wie in der empirischen Forschung zur Diagnostik, Therapieplanung, Prognosestellung, Messung der Wirksamkeit von Behandlungen und zur Validierung neuer Meßinstrumente eingesetzt“ (Lange & Heuft, 2002, S. 258). Zur Auswertung gibt es verschiedene Cut-Off-Werte (Lange & Heuft, 2002). Der BSS ermöglicht die Einschätzung der Symptome auf drei Dimensionen - körperlich, psychisch und sozialkommunikativ - mit

Hilfe einer Likert-Skala von 0 bis 4. Der BSS Score bezieht sich auf die letzten 7 Tage oder 12 Monate. Ein Cut-Off-Score von  $\geq 5$  zeigt den Hilfebedarf des Patienten an.

Zur therapiebegleitenden Veränderungsmessung schlagen Haug, Puschner, Lambert und Kordy (2004) den Ergebnisfragebogen (EB-45) vor. Dieses Selbstbeurteilungsinstrument ist störungsübergreifend und ökonomisch anwendbar und umfasst 45 Items mit fünf-stufiger Likert-Skalierung auf den drei Subskalen Symptombelastung, zwischenmenschliche Beziehungen und soziale Integration sowie eine Gesamtskala zur allgemeinen psychischen Beeinträchtigung. Der EB-45 wurde in vier Stichproben bei insgesamt 2.478 Personen (Patienten und Bevölkerung) angewendet. Die Auswertung zeigte eine signifikant höhere Belastung der Patienten auf der Skala Symptombelastung sowie der Gesamtskala gegenüber den nichtklinischen Stichproben. Weiterhin ergaben sich Unterschiede zwischen den Altersgruppen in der klinischen Stichprobe; die geringste Beeinträchtigung zeigte sich in der Altersgruppe der über 60-jährigen. Die Belastung auf der Skala soziale Integration war hingegen abhängig von der psychiatrischen Diagnose; Patienten mit affektiven Störungen zeigten hier die geringsten Skalenwerte. Durch Korrelationen mit dem GSI der SCL-90-R ( $r=.4$ ) konnte die konvergente Validität bestätigt werden. In den klinischen Stichproben konnte zusätzlich die Änderungssensitivität des Verfahrens nachgewiesen werden; die Belastung reduzierte sich auf allen Skalen zum Therapieende deutlich (Haug et al., 2004).

Im Rahmen einer Praktikabilitätsstudie untersuchten Konzag, Fikentscher und Bandemer-Greulich (2000) die vernetzte Evaluierung von Prozess- und Ergebnisqualität in der stationären Psychotherapie. In die Analyse schlossen sie 87 Patienten ein. Es standen Informationen aus der Basisdokumentation sowie aus Selbstbeurteilungsinstrumenten (Gießen-Test, SCL-90-R, Helping-Alliance-Questionnaire) zur Verfügung. Zur Auswertung wurden drei Gruppen gebildet (Verbesserung, Verschlechterung, kein Effekt). Für die Patienten mit Verbesserung zeigten sich die stärksten Effekte auf den Skalen Depressivität, Psychotizismus und Ängstlichkeit der SCL-90-R. Im Rahmen der Behandlung sollten die Testergebnisse zur Therapieplanung und -gestaltung genutzt werden (Konzag et al., 2000).

Aus den bisherigen Ausführungen wird deutlich, dass im Rahmen einer psychiatrischen Behandlung die psychische Symptombelastung die größte Rolle spielt. Eng an die Symptombelastung gekoppelt sind interpersonale Verhaltensweisen und soziale Ressourcen. Die nachfolgenden drei Kapitel widmen sich aus diesem Grund ausführlich diesen drei Konstrukten und tragen empirische Belege für deren Bedeutsamkeit in der Psychiatrie zusammen. Für die Ergebnisqualitätssicherung in der Psychiatrie sind die Konstrukte Wohlbefinden und Patientenzufriedenheit ebenfalls zu erfassen; diese werden in der vorliegenden Arbeit nur zur vollständigen theoretischen Darstellung genutzt, sind jedoch nicht Thema der empirischen Analysen. Auf Grund der Fülle an internationaler und nationaler Literatur erheben die folgenden Kapitel keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

## 5.1 Psychische Belastung

Der Begriff psychische Störungen fasst alle in der ICD-10 im Kapitel F dargestellten Verhaltens- und Befindensstörungen zusammen. Das „Zusammenwirken biologischer und psychosozialer Faktoren und deren Auswirkungen“ (Möller, Laux & Deister, 2001, S. 1) bestimmt dabei das Ausmaß der Psychopathologie. Mit einer psychischen Störung sind häufig Beeinträchtigungen der Lebensführung und persönliches Leid verbunden (Davison, Neale & Hautzinger, 2002). Die psychische Belastung erfasst die Beeinträchtigung des Patienten durch das Vorliegen verschiedener psychischer Symptome, subjektiv (Selbstbeurteilung) oder objektiv (Fremdbeurteilung). Mit Hilfe eines Screening-Instruments werden viele Symptome erfasst, die zu einem Syndrom zusammengefasst werden können.

National und international verbreitet ist die SCL-90-R in der Selbstbeurteilung zur Erfassung der psychischen Belastung. Aus diesem Grund werden nachfolgend einige ausgewählte Befunde für stationäre psychiatrische/psychotherapeutische Patienten dargestellt. Studien an depressiven oder schizophrenen Patienten werden ebenfalls vorgestellt, da diese Patientengruppen einen großen Teil der stationären psychiatrischen Patienten ausmachen.

### Das Tripartite Modell

Dem Tripartite Modell folgend sind die Konstrukte Depression und Angst nur sehr schwer voneinander abzugrenzen – eine getrennte Erfassung beider wird aus diesem Grund nicht glücken. Dem Tripartite Modell zu Folge gibt es einen generellen distress factor, welcher das Ausmaß der gesamten psychischen Belastung angibt. Mit der physiologischen Komponente wird schließlich die Angst und mit der Anhedonie die Depression erfasst. Grundlage des Tripartite Modells ist die Beziehung von Angst und Depression. Beide Beeinträchtigungen können als verschiedene Punkte auf einem Kontinuum verstanden werden. Es handelt sich bei beiden Störungen um sehr heterogene Phänomene, die jedoch auch miteinander verbunden sein können. Aus einer Depression heraus kann sich Angst entwickeln und umgekehrt, d.h. Angst und Depressionen können ineinander übergehen. In der klinischen Praxis ist daher die Kombination aus einer Angst- und einer Depressions-Diagnose sehr häufig (Clark & Watson, 1991). Zur Messung von Angst oder Depression gibt es zahlreiche verschiedene psychologische Testverfahren, deren Validität nachgewiesen werden konnte. Die bekanntesten Vertreter sind das BDI, das Beck Angst Inventar (BAI), die SCL-90-R oder das State-Trait-Anxiety Inventar (STAI). Clark und Watson (1991) fassen aus verschiedenen Studien zusammen, dass in Patientenstichproben meist bessere Validitätswerte für Angst ermittelt werden können. Sie begründen dies mit der starken Überlappung von Angst und Depression in Bezug auf die negative Affektivität (traurig, ängstlich, schuldig). In der klinischen Praxis sollte beachtet werden, dass die Patienten dazu tendieren, die Symptome

stärker zu schildern als die Kliniker im Fremdurteil. Ursachen sehen Clark und Watson (1991) in dem Einfluss des generellen distress factors auf das Patientenurteil. Sie raten daher dringend, für eine umfassende Diagnostik der psychischen Belastung an, den generellen distress factor, die Ängstlichkeit und die Depressivität gemeinsam zu erfassen. Bei der Auswertung legt eine hohe negative Affektivität eine psychische Störung und Kombination von Angst und Depression nahe. In diesem Falle sollten geeignete Interventionen einsetzen um eine Chronifizierung der Symptomatik zu verhindern.

### **Fremdbeurteilung/Psychopathologischer Befund**

Die Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ist ein international weit verbreitetes Fremdbeurteilungsinstrument zur Einschätzung des psychopathologischen Befunds – überwiegend in empirischen Studien. Das Verfahren wurde ursprünglich zur Prüfung von pharmakologischen und psychosozialen Interventionen bei Schizophrenen entwickelt. Es basiert auf einer 7-stufigen Beurteilungsskala von 1=nicht vorhanden bis 7=extrem stark und enthält 18 Items auf 5 Skalen (Angst/Depression, Anergie, Denkstörung, Aktivierung und Feindseligkeit/Misstrauen). In einer Stichprobe von 301 Patienten mit schizophrenen Störungen wurde das Verfahren psychometrisch analysiert. Eine Faktorenanalyse über die BPRS Items ergab eine Vier-Skalenstruktur: Denkstörung, Feindseligkeit/Misstrauen, Angst/Depression und Anergie (Maß, Burmeister & Krausz, 1997). Maß et al. (1997) kritisieren vor allem die überdurchschnittliche Beurteilungszeit und die fehlende Strukturierung der deutschen Version. Auf Grund dieser Kriterien wird die BPRS in der klinischen Praxis kaum eingesetzt. Leucht et al. (2005) bemängeln die fehlenden klinischen Implikationen der BPRS Scores. Die Autoren untersuchten daher 1.979 schizophrene Patienten aus sieben Stichproben (70% Männer, M=36 Jahre). Sie führten eine randomisierte double-blind Studie durch – Patienten mit Antipsychotika wurden mit denen verglichen, die ein Placebo erhielten. Es ergab sich eine positive mittlere Korrelation zwischen dem BPRS Score und der Symptomschwere (CGI=Clinical Global Impression) der Patienten pro Messzeitpunkt sowie im Verlauf.

### **Untersuchungen zum Therapieverlauf und zur Katamnese**

Franke, Hoffmann und Frommer (2005) untersuchten den Therapieverlauf bei 64 (42 Frauen, M=39 Jahre) stationären psychosomatischen Patienten. Psychische Belastung und Interpersonale Probleme wurden zu Therapiebeginn, nach vier Wochen, am Ende der Therapie und nach einem Jahr erhoben. Zu Beginn der Therapie war die psychische Belastung in den Bereichen Depressivität, Ängstlichkeit sowie dem General Distress Index deutlich erhöht. Eine leichte Belastung lag zu Beginn bei den Skalen Zwanghaftigkeit, Somatisierung, Phobische Angst, Unsicherheit im Sozialkontakt, Psychotizismus und

Aggressivität vor. Im Verlauf der Therapie zeigte sich eine kontinuierliche Reduktion der psychischen Belastung. Die deutlichsten Veränderungen ergaben sich für die Skalen Depressivität ( $\eta^2=0.28$ ) und Ängstlichkeit ( $\eta^2=0.27$ ). Bei 77% der Patienten konnte durch den stationären Aufenthalt die generelle Symptombelastung statistisch und bei 61% klinisch signifikant verbessert werden (Franke et al., 2005). Haase et al. (2008) untersuchten 156 dieser Patienten katamnestisch und bestätigten die starke Symptomreduktion im Therapieverlauf sowie die Reduktion der interpersonalen Probleme auch ein Jahr nach Beendigung der stationären Therapie.

### **Studien bei depressiven Patienten**

Schramm et al. (2007) untersuchten 105 depressive Patienten im Alter von 18 bis 65 Jahren. Die Patienten wurden zufällig der Interventionsgruppe (interpersonale Psychotherapie und Pharmakotherapie) oder der Standardbehandlung zugeordnet. Die Interventionsgruppe zeichnet sich durch eine höhere Sitzungsfrequenz, acht zusätzliche Gruppensitzungen interpersonaler Therapie und den Einbezug relevanter Bezugspersonen aus. Die Symptombelastung wurde mit dem CGI sowie der Hamilton Depressions-Skala (HAM-D) erfasst. 95% der Patienten waren nach dem CGI als stark belastet einzuschätzen, der mittlere HAM-D Score lag bei 24. Nach fünf Wochen Therapie ergab sich die höchste Effektstärke in der HAM-D ( $d=0.7$ ) für die Interventionsgruppe. Die Gruppenzuordnung hatte keinen Einfluss auf die Medikamenteneinnahme oder Inanspruchnahme von Psychotherapie nach der Entlassung, die Rückfallrate lag jedoch bei der Interventionsgruppe mit 3% deutlich unter der der Standardbehandlung (26%). Schramm et al. (2007) resümieren, dass durch die interpersonale Therapie das globale und soziale Funktionsniveau stärker beeinflusst wurde und somit bessere Therapieergebnisse resultieren.

Härter et al. (2004) prüften in einem Benchmarking Ansatz die Depressionsbehandlung in Deutschland. In die Analyse wurden 24 Fachkliniken aus Baden-Württemberg eingeschlossen und Daten von depressiven Patienten aus den Jahren 1998/1999 bis 1999/2000 mit einer Mindestbehandlungsdauer von fünf Tagen ausgewählt. In die Analyse gingen  $N= 3.189$  Patienten (67% Frauen,  $M=54$  Jahre) ein. Zur Aufnahme wurden mit dem CGI 46% der Patienten als deutlich, 33% als schwer und 3% als extrem krank eingestuft. Der Mittelwert im Beck Depressions Inventar (BDI) lag mit 27 deutlich im Bereich einer klinisch relevanten Depression. In Bezug auf die Therapie zeigte sich, dass 94% der Patienten mit Antidepressiva behandelt wurden und bei 33% eine Medikamentenumstellung erfolgte. 53% der Patienten erhielten Einzelpsychotherapie und 48% Gruppenpsychotherapie, während rund 33% keine spezifische Einzel- oder Gruppentherapie erhielten. Zur Ergebnisqualität fassten Härter et al. (2004) die Behandlungsdauer, die Symptomänderung, die Patientenzufriedenheit sowie die Wirksamkeit der Behandlungsmaßnahmen zusammen. Die



Patienten wurden durchschnittlich 64 Tage stationär behandelt und 86% empfanden die Behandlungsdauer als angemessen. Einflussfaktoren auf die Behandlungsdauer waren der Schweregrad der Erkrankung, frühere stationäre Aufenthalte sowie eine ambulante Vorbehandlung. Es zeigte sich sowohl in der Selbst-, als auch in der Fremdbeurteilung eine deutliche Änderung der depressiven Symptomatik. Die höchsten Effektstärken fanden sich in der Fremdbeurteilung der HAM-D ( $d=2.3$ ). Für die Patientenzufriedenheit ergaben sich hohe bis sehr hohe Werte – 90% waren mit der Behandlung zufrieden bis sehr zufrieden. Aus Patientensicht waren die Einzelgespräche besonders wichtig. Für die Wirkung der Behandlung ergaben sich die höchsten Effektstärken für die Pharmakotherapie ( $d=2.3$ ). Am zufriedensten waren die Patienten jedoch – bei guter Wirkung – in einer komplexen Behandlung mit einer Kombination aus Pharmako- und Psychotherapie (Härter et al., 2004).

In einem aktuellen Beitrag werden die Vorteile adaptiven Testens für die Depressionsdiagnostik vorgestellt. Der Trend zur Computerdiagnostik bietet zahlreiche Möglichkeiten, die eine zuverlässige und ökonomische Befragung des Patienten erlauben. Die Grundlage für die Anwendung eines Depressionstests als adaptives Instrument ist eine kalibrierte Itemdatenbank mit Items in der Rangreihe ihrer Schwierigkeit. Eine hohe Schwierigkeit ist gleichzusetzen mit der Wahrscheinlichkeit, einen hohen Wert bei dem Item anzukreuzen. Für die klinisch-psychologische Diagnostik werden adaptive Testverfahren bislang noch selten angewendet (Forkmann et al., 2010). In der stationären psychiatrischen Versorgung findet diese adaptive Depressionsdiagnostik bislang leider keine Anwendung.

### **Schizophrene/Psychotische Patienten**

Leichsenring, Dimpelmann, Berger, Jäger und Rabung (2005) untersuchten die Wirksamkeit stationärer psychoanalytischer Therapie bei Patienten mit schizophrenen und anderen psychotischen Störungen. Die Therapie war eine Kombination aus Psychotherapie, medikamentöser Behandlung sowie weiteren Therapieelementen. Zur Auswertung standen Informationen aus der Basisdokumentation, der SCL-90-R, dem IIP-C sowie Ergebnisse des BSS zur Verfügung. In die Studie wurden  $N=33$  Patienten mit der „Zweitsichts“-Diagnose Schizophrenie eingeschlossen, „... d.h. die Diagnose, die in der ‚Zweitsicht‘ mit einem in Psychiatrie und Psychotherapie erfahrenen Oberarzt gestellt worden ist“ (Leichsenring et al., 2005, S. 29). Die Patienten wurden durchschnittlich 97 Tage stationär behandelt und hatten dabei rund 37 psychotherapeutische Kontakte. Die Patienten waren im Selbst- und Fremdurteil deutlich psychisch belastet. Die größten Behandlungseffekte zeigten sich bei den Skalen Depressivität, Psychotizismus, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt und Phobische Angst der SCL-90-R. Die Effektstärke der Skala Psychotizismus war mit  $d=0.7$  besonders hoch. Die BSS Scores reduzierten sich im Therapieverlauf ebenfalls

deutlich. „Die Effektstärken liegen bei den (zeitstabilen) interpersonalen Problemen erwartungsgemäß etwas niedriger als im SCL-90-R“ (Leichsenring et al., 2005, S. 33).

### **Zusammenfassung Psychische Belastung**

Die dargestellten Studien machen deutlich, dass es sich bei der psychischen Belastung um ein umfassendes Konstrukt handelt, das sich wiederum aus verschiedenen einzelnen Konstrukten zusammensetzt, deren separate Erfassung nicht möglich bzw. nicht zweckmäßig ist. In jedem Falle sollten bei der Erfassung der psychischen Belastung somatische Aspekte berücksichtigt werden, da die psychische Belastung für die Betroffenen häufig durch diese wahrgenommen wird. In Anlehnung an das Tripartite Modell sollte in jedem Fall die simultane Erfassung von Angst und Depression erfolgen. Gerade die Symptome im Bereich der Angst und Depression haben sich in zahlreichen Studien als relevant und änderungssensitiv erwiesen. Weiterhin sollte die generelle psychische Belastung weitere belastende Symptome beinhalten, durch die die Patienten in ihrem Alltag beeinträchtigt sind/sich beeinträchtigt fühlen.

## **5.2 Interpersonales Verhalten**

Interpersonales Verhalten entsteht in Interaktionen mit anderen Menschen und ist ein fortwährender, aus Beziehungserfahrungen gespeister, Prozess. Frühe Beziehungen zu wichtigen Bezugspersonen sind ausschlaggebend für spätere interpersonale Reaktionen und die eigene Selbsteinschätzung. Die Eltern vermitteln durch ihre Erziehung Werte, Vorstellungen, Anschauungen und Ängste, die das spätere Verhalten des Kindes beeinflussen – dieser Prozess wird auch als „Gefühlsansteckung“ bezeichnet und beschreibt die Persönlichkeitsentwicklung eines Individuums. Interpersonales Verhalten ist durch das Streben nach Angstvermeidung und Sicherheit beeinflusst (Schneider-Düker, 1992, S. 267). Gemäß der interpersonalen Theorie von Sullivan (re)agiert eine Person sowohl bewusst (durch Sprache) als auch unbewusst über Mimik, Gestik und nichtsteuerbare biochemische Reaktionen (Schneider-Düker, 1992). Leary unterschied fünf Kommunikationsebenen interpersonalen Verhaltens: (1) Die *öffentliche Kommunikation* ist Ausdruck interpersonaler Reflexe, die auf Grund der Sozialisation und Erfahrungen vom Individuum als automatisierte Reaktion ablaufen. (2) Die *bewusste Selbstbeschreibung* ist als Beschreibung der eigenen Verhaltensweisen zu verstehen. (3) Die *private Wahrnehmung* bezieht sich auf intime Gedanken wie Wünsche, Phantasien und Träume eines Menschen. (4) Das *unausgedrückte Unbewusste* bezeichnet das aktive Vermeiden von Themen – unangenehme, konfliktauslösende oder problembelastete Situationen, Handlungen oder Erwartungen die durch die Vermeidung nicht präsent sind. (5) Die *Werte* bezeichnen die eigenen Vorstellungen bezüglich der Interaktionen mit anderen Personen – das Ich-Ideal (Wiggins &

Broughton, 1985). In interpersonalen Beziehungen sind alle Personen (Geber und Nehmer) auf eine Befriedigung ihrer Bedürfnisse aus – die primären Bedürfnisse sind stets Liebe/Wärme und Dominanz (Horowitz & Vitkus, 1986; Schneider-Düker, 1992; Wiggins & Broughton, 1985). Leary entwickelte das Circumplex-Modell als Diagnosesystem der Persönlichkeit mit der Grundannahme der reziproken Emotionen.

“Thus, interpersonal behaviors that cause problems can be described along three dimensions, and within the three-dimensional space, they can be organized into thematic categories that are located in different regions of the space. These categories can be used together with the underlying dimensions to outline broad themes that are problems for each respondent.” (Horowitz & Vitkus, 1986, S. 448)

Verfahren zur Erfassung interpersonalen Probleme haben eine lange Tradition. Ein Großteil basiert auf dem Circumplex-Modell, das die Erfassung interpersonalen Verhaltensweisen auf zwei orthogonalen Achsen (Dominanz und Liebe) ermöglicht (Wiggins & Broughton, 1985). Thomas und Strauß (2008) fassen diagnostische Methoden zur Erfassung interpersonalen Probleme zusammen. Sie zeigen interpersonale Circumplex Verfahren, Verfahren zur Erfassung interpersonalen Stile und Verfahren zur Erfassung interpersonalen Motive. Interpersonale Adjektivskalen erfassen den „Austausch von Status und Liebe in sozialen Wechselbeziehungen“ (Thomas & Strauß, 2008, S. 260) und eignen sich zur Erfassung des interpersonalen Stils.

Tabelle 3

*Oktanten des Circumplex-Modells mit ihrer inhaltlichen Beschreibung*

Oktant	Interpersonale Verhaltensweisen
<b>PA</b>	sicher-dominant, durchsetzungsfähig, selbstsicher
<b>BC</b>	arrogant-berechnend, zynisch, feindselig-dominant, streitsüchtig/konkurrierend
<b>DE</b>	kaltherzig, feindselig, abweisend/kalt, selbstbezogen
<b>FG</b>	introvertiert, ungesellig, feindselig-submissiv, sozial vermeidend, verschlossen
<b>HI</b>	unsicher-unterwürfig, schüchtern, submissiv, angepasst, untergeordnet
<b>JK</b>	vertrauensvoll, folgsam, freundlich-submissiv, ausnutzbar, nachgiebig, altruistisch
<b>LM</b>	warm-verträglich, einfühlsam, freundlich, fürsorglich, harmonisch
<b>NO</b>	gesellig-extravertiert, kontaktfreudig, freundlich-dominant, expressiv, aufdringlich

Zur Erfassung „interindividueller Unterschiede von Personen auf den verschiedenen interpersonalen Verhaltensebenen“ (Thomas & Strauß, 2008, S. 259) ist international und im deutschsprachigen Raum das Inventar zur Erfassung interpersonalen Probleme (IIP; deutsche Version Horowitz, Strauß & Kordy, 2000) weit verbreitet. Das IIP enthält die Circumplex-Struktur mit der Kontroll- (dominant/kontrollierend bis submissiv/unterwürfig) und

die Affiliationsdimension (liebvoll/zugewandt bis feindselig/distanziert). Basierend auf historischen Konventionen erfolgte die Skalenbezeichnung der Oktanten von PA bis NO gegen den Uhrzeigersinn. Mit dem IIP können für den psychotherapeutischen Prozess Bereiche interpersonaler Probleme identifiziert werden. In Anlehnung an die Übersicht von Thomas und Strauß (2008, S. 260) sind in Tabelle 3 die Oktanten des Circumplex-Modells und ihre inhaltliche Beschreibung dargestellt. Die Adjektive dienen zur Beschreibung und können auf Verhalten, Probleme und Motive angewendet werden.

Psychische Belastungen sind eng mit interpersonalen Verhaltensweisen und Problemen verbunden. In der Definition psychischer Krankheit von Schneider-Düker (1992) wird deren Bedeutung in der Psychiatrie und Psychotherapie ersichtlich.

„Es [der Begriff] wird angewendet auf bestimmte Typen unangepassten interpersonalen Verhaltens, das oft begleitet wird von Klagen über subjektive Unlustgefühle, unbefriedigende zwischenmenschliche Beziehungen und soziale Zurückweisung. Körperliche Krankheit ist nicht an sich ein Interaktionsmuster mit anderen Personen, sondern eine Störung der organischen Körperfunktionen.“ (S. 95)

Bereits Horowitz und Vitkus (1986) berichten, dass die meisten psychiatrischen und psychotherapeutischen Patienten sowohl unter psychischen Beschwerden als auch interpersonalen Problemen leiden. Sie kritisieren, dass diese zwei Beschwerdebereiche im Rahmen der Therapie unterschiedliche Rollen spielen. Aus der Schwere der psychischen Symptome wird meist die Diagnose abgeleitet, während Therapie und Interventionen interpersonale Verhaltensweisen und Konflikte thematisieren. Der Zusammenhang zwischen den psychischen Symptomen und interpersonalem Verhalten muss individuell geklärt werden. Interpersonales Verhalten ist dabei die Reaktion auf Interaktionen oder Stress (Horowitz & Vitkus, 1986). Im Gegensatz zu psychischen Beschwerden ist interpersonales Verhalten schwerer zu verändern und moderiert die psychischen Symptome.

Daraus ableitend ergibt sich die Relevanz für den psychotherapeutischen Prozess. Interpersonale Probleme wie sozial vermeidendes Verhalten sind mit zahlreichen psychischen Beschwerden wie depressiver Stimmung, sozialer Phobie oder Perfektionismus verbunden (Gurtman & Lee, 2009). Interpersonale Verhaltensweisen nehmen Einfluss auf die Effekte von Psychotherapie. Im Verlauf einer psychotherapeutischen Behandlung reduziert sich die psychische Belastung der Patienten und gleichzeitig nehmen die interpersonalen Probleme ab (Gurtman & Lee, 2009). Puschner, Kraft und Bauer (2004) fassen vier Gründe des Einflusses interpersonaler Probleme auf den Verlauf und das Ergebnis einer Psychotherapie zusammen: (1) Auf Grund von interpersonalen Problemen suchen Menschen professionelle Hilfe auf. (2) Aus den interpersonalen Problemen resultieren psychische Belastungen. (3) Interpersonale Probleme können den therapeutischen Prozess beeinflussen, da sie die Therapeut-Patient Interaktion bestimmen. (4) Aus der Therapeut-Patient Interaktion entwickelt sich die therapeutische Beziehung, die für den Therapieverlauf entscheidend ist.

Horowitz, Rosenberg und Bartholomew (1993) führen aus, dass interpersonale Probleme meist durch einen Teufelskreis aufrechterhalten werden, den es im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung zu durchbrechen gilt.

[Es ist eine] „interpersonale Dynamik, welche Menschen dazu führt, maladaptive Beziehungsmuster zu wiederholen, um damit eine psychologische Bindung zu früheren Bezugspersonen aufrechtzuerhalten. Obwohl diese maladaptiven Beziehungsmuster häufig schmerzhaft erlebt werden, bedingen Abwehrmechanismen zur Vermeidung von Angst und zum Schutze des Selbst die Wiederholung dieser Muster.“ (S. 171)

Im Rahmen der Theorie interpersonalen Verhaltens findet das Komplementaritätsprinzip Anwendung, d.h. Person B reagiert auf das Verhalten von A komplementär. „Dominant-feindseliges Verhalten führt eher zu submissiv-feindseligen Reaktionen, dominant-freundliches Verhalten eher zu submissiv-freundlichen Reaktionen usw. Wenn eine Person A also Person B tadelt, wird sie B am ehesten zu ‚Schmollen‘ oder Rechtfertigung provozieren“ (Horowitz et al., 1993, S. 173). Horowitz et al. (1993) raten daher für den Therapieprozess an, sowohl die psychische Belastung als auch interpersonale Probleme über die Selbstbeurteilung zu erfassen. Sie sehen darin Vorteile für den Behandlungsprozess. „Gibt man beide Instrumente vor [IIP und SCL-90], lassen sich beide Arten von Belastung vor, während und nach einer Behandlung vergleichen und man kann feststellen, welche Art der Belastung überwiegt und welche im Behandlungsverlauf eher reduziert werden“ (Horowitz et al., 1993, S. 183).

Am Beispiel der Depression lässt sich der Zusammenhang interpersonalen Probleme und psychischer Symptome besonders gut darstellen. Depressive Personen erleben in großem Umfang negative Affekte und ihre interpersonalen Verhaltensweisen sind geprägt von Rückzug und Unlust. Erst durch das Auflösen der interpersonalen Verhaltensweisen kann die negative Sicht auf die eigene Person reduziert werden. Dabei bewegen sich Depressive und ihre Verhaltensweisen in einem Teufelskreis. Depressive fühlen sich in der Regel inkompetent und kraftlos und suchen schließlich bei anderen Personen Hilfe zur Reduktion der Belastung (Horowitz & Vitkus, 1986). Die Theorie komplementärer Verhaltensweisen besagt, dass die Interaktionspartner depressiver Personen häufig mit Kontrollübernahmen, d.h. dominanten Verhaltensweisen reagieren. Während die Probleme depressiver Personen weiterbestehen, fühlt sich der Interaktionspartner frustriert und irritiert (Horowitz et al., 1993).

### **Interpersonale Probleme und der Bindungsstil**

Neben der psychischen Belastung hat der Bindungsstil einen wesentlichen Einfluss auf das interpersonale Verhalten. Verschiedene Bindungsstile implizieren unterschiedliche interpersonale Probleme. Abweisende Bindungsstile gehen mit vermehrter feindseliger und kalter Orientierung anderen Menschen gegenüber einher. Eine sichere Bindung hingegen ist assoziiert mit einer freundlichen Orientierung. Bindungserfahrungen der frühen Kindheit prägen den Bindungsstil (Haggerty, Hilsenroth & Vala-Stewart, 2009). Haggerty et al. (2009,

S. 3) beschreiben den Einfluss des Bindungsstils auf interpersonale Verhaltensweisen folgendermaßen: „Individuals' internal models of self and other are thought to result from their attachment experiences and are therefore reflected in their interpersonal behavior“. In einer Stichprobe von N=41 Patienten (78% Frauen, M=30 Jahre) untersuchten die Autoren den Zusammenhang von Bindung und interpersonalen Problemen. Sie fanden eine mittlere Korrelation ( $r=.5$ ) zwischen dem generellen Distress Faktor des IIP-C und angstvollem Bindungsverhalten. Der höchste Zusammenhang zeigte sich zwischen den IIP-C Skalen und sicheren sowie ängstlichen Bindungstypen, so dass ein Teil der interpersonalen Probleme womöglich auf die Bindungstypen zurückgeführt werden kann.

### **Empirische Studien zum Therapieverlauf und Therapieabbruch**

Die Veränderung interpersonaler Probleme im Therapieverlauf untersuchten Grosse Holtfort, Lutz und Grawe (2006) an N=393 stationären Psychotherapiepatienten in der Schweiz (58% Frauen, M=35 Jahre) von denen 36% unter Angststörungen und 29% unter affektiven Störungen litten. Für die Veränderung der interpersonalen Probleme ergaben sich auf Skalenebene Effektstärken von  $d=0.2$  (IIP-Skala zu autokratisch/dominant) bis  $d=.65$  (IIP-Skala zu unsicher/unterwürfig). Weiterhin konnten sie in der Analytestichprobe die Dimensionen Dominanz und Liebe sowie den generellen Distress-Faktor mittels explorativer Faktorenanalyse nachweisen.

Im Rahmen einer 1-Jahres Katamnese bei N=64 stationären Psychosomatik/ Psychotherapie Patienten (Franke et al., 2005) konnten die Veränderung interpersonaler Probleme und deren Stabilität analysiert werden. Die Patienten litten vor allem unter Depressionen, Angststörungen und somatoformen Störungen. Es zeigten sich im Therapieverlauf deutliche Veränderungen der interpersonalen Probleme. Die höchsten Effektstärken ergaben sich jedoch bei der Skala zu autokratisch/dominant ( $d=0.5$ ) für die Veränderung von der Aufnahme bis zur 1-Jahres-Katamnese sowie für die Skala zu fürsorglich/freundlich ( $d=-0.5$ ) von der Aufnahme zur ersten Zwischenmessung. Insgesamt zeigte sich zur Katamnese eine Reduktion der unter- und überdurchschnittlichen Stanine-Werte und somit eine Zunahme von Stanine-Werten im Normbereich (Franke et al., 2005).

Mohr et al. (1990) untersuchten negative Outcome Maße bei N=62 Patienten (32 Frauen). Die Patienten wurden drei Therapiegruppen zugeordnet: Psychotherapie, Gesprächstherapie sowie supportive Therapie und zu Beginn sowie am Ende der Behandlung bezüglich psychischer Belastung und interpersonaler Probleme befragt. Auf Basis der Ergebnisse im BDI wurden die Patienten den Gruppen positive Responder, negative Responder und Non-Responder zugeordnet. Bei den positiven Respondern reduzierten sich interpersonale Probleme und psychische Belastung im Therapieverlauf. Die psychische Belastung hatte dabei eine aktivierende Wirkung und gab gleichzeitig die Veränderungsrichtung an. Eine

hohe psychische Belastung war linear verbunden mit einer Verbesserung. Das Bewusstwerden interpersonaler Probleme bei den Patienten führte zu Veränderungen sowohl in positive (positive-Responder) als auch negative Richtung (negative-Responder). Die Gruppe der negative-Responder zeichnete sich durch eine niedrige psychische Belastung bei einem hohen Maß an interpersonalen Problemen aus (Mohr et al., 1990).

### **Alkoholabhängige Patienten**

Mueller, Degen, Petitjean, Wiesbeck und Walter (2009) untersuchten bei N=85 alkoholabhängigen Patienten (56% Männer, M=46 Jahre) Geschlechtseffekte im interpersonalen Verhalten. Unter Rückgriff auf eine gesunde Kontrollgruppe ermittelten sie statistisch signifikante Unterschiede zwischen alkoholabhängigen und gesunden Personen. Die Analyse zeigte, dass Frauen mit Alkoholabhängigkeit stärker von interpersonalen Problemen berichten als alkoholabhängige Männer. Zusätzlich bestehen bei den alkoholabhängigen Frauen bei sechs der acht IIP Skalen deutliche Unterschiede zur gesunden Kontrollgruppe. Für Frauen scheinen demnach interpersonale Probleme Anlass zur Aufrechterhaltung des Alkoholkonsums zu sein (Mueller et al., 2009).

### **Zusammenfassung interpersonales Verhalten**

Es gibt eine Reihe von nationalen und internationalen empirischen Studien, die auf die zentrale Bedeutung interpersonaler Verhaltensweisen im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung hingewiesen haben. Der Zusammenhang zwischen der psychischen Belastung und den interpersonalen Problemen scheint dabei besonders relevant zu sein. Fazit der Untersuchungen ist die Notwendigkeit, die Arbeit an sozialen Interaktionen und somit interpersonales Verhalten in die Behandlung zu integrieren, da interpersonale Probleme psychische Symptome verstärken bzw. deren Entstehung bedingen.

## **5.3 Soziale Unterstützung**

Es gibt eine Reihe verschiedener Konzepte und Definitionen sozialer Unterstützung. Laireiter, Baumann und Stieglitz (2001, S. 413) beschreiben diese folgendermaßen: „Mit sozialer Unterstützung werden Personen, Handlungen/Interaktionen sowie Erfahrungen/Erlebnisse umschrieben, die dem Individuum das Gefühl geben, geliebt, geachtet, anerkannt und umsorgt sowie Bestandteil zuverlässiger Beziehungen und sozialer Gruppen zu sein.“ Abzugrenzen davon ist das soziale Netzwerk, dies ist ein „Muster der Verknüpfungen, die zwischen den Mitgliedern des jeweiligen Aggregats (z.B. Firma, Gruppen) bestehen“ (Laireiter, Baumann et al., 2001, S. 213).

Röhrle und Laireiter (2009) sehen in der sozialen Unterstützung die wichtigste Funktion sozialer Beziehungen. Jedes Individuum strebt in sozialen Beziehungen nach der Befriedigung der eigenen Bedürfnisse. An erster Stelle stehen dabei Sicherheit, Zuneigung, Zugehörigkeit und Verständnis. Es lassen sich drei Teilaspekte sozialer Unterstützung unterscheiden. (1) Das Unterstützungsnetzwerk ist die Menge an Personen, die bei Bedarf Unterstützung geben. (2) Die wahrgenommene Unterstützung bezeichnet das Wissen und die Überzeugung, bei Bedarf unterstützt zu werden. (3) Das Unterstützungsverhalten ist die „Vermittlung sozialer Unterstützung in realen sozialen Interaktions- und Austauschprozessen“ (Röhrle & Laireiter, 2009, S. 15). Weiterhin können die zwei Dimensionen der psychologischen und der instrumentellen sozialen Unterstützung unterschieden werden. Auf der psychologischen Seite steht soziale Unterstützung für: (1) Bindung durch Nähe und Geborgenheit. (2) Selbstwertunterstützung, in dem durch die Interaktion das Selbstwertgefühl aufgebaut und negative Aspekte abgebaut werden. (3) Geselligkeit und Kontakt zu anderen, soziale Netzwerke. (4) Die emotionale Unterstützung fördert durch die Kommunikation des Problems mit anderen die Aussprache und stellt somit eine Ventilation oder Aufmunterung dar, so dass das Problem mit anderen Augen betrachtet werden kann. (5) Kognitive Unterstützung umfasst in der Kommunikation und Erörterung des Problems konkrete Problemlösungsansätze und das gemeinsame Bewältigungsverfahren. Auf der instrumentellen Seite kann soziale Unterstützung stehen für: (1) Information und Ratschläge zu dem Problem. (2) Eine finanzielle Hilfe oder (3) eine Sachleistung. (4) Praktische Hilfe – zum Beispiel beim Umzug helfen. (5) Im psychologisch-therapeutischen Zusammenhang können auch Maßnahmen zur Besserung der psychischen Verfassung als Unterstützung gelten (Laireiter, 1993).

Im Rahmen von somatischen und psychischen Erkrankungen spielt soziale Unterstützung eine wichtige Rolle. Die einzelnen Komponenten können als Moderatoren der Krankheitsbelastung oder als Puffer fungieren (Gerhards, Deggerich & Finke, 1993). Berkman (1995) fasst in einem Übersichtsartikel relevanter medizinischer Bereiche die Rolle sozialer Unterstützungsprozesse zusammen. Bei zahlreichen chronischen Erkrankungen werden besonders der Erkrankungsverlauf und die Mortalität durch soziale Unterstützung beeinflusst. Eine hohe soziale Unterstützung ist bei Herzinfarktpatienten mit einer höheren Überlebensrate nach Infarkt verbunden. Personen die alleine oder zurückgezogen leben, haben ein deutlich erhöhtes Mortalitätsrisiko auf Grund der Isolierung von anderen.

Bei psychischen und sozialen Problemen suchen 80% der Menschen Hilfe im sozialen Netzwerk. Krisen, persönliche und emotionale Probleme sowie zwischenmenschliche Konflikte führen dazu, dass Personen sich überlastet und überfordert fühlen. Alltagsbelastungen, schwierige Lebenssituationen, leichte bis mittlere psychische Belastungen sowie die psychischen und sozialen Auswirkungen psychischer Störungen sind



durch die betroffene Person nicht mehr alleine zu kompensieren. Die Personen suchen dann informelle (z.B. in der Familie) oder professionelle (z.B. Psychotherapeut) Unterstützung. Für Röhrle und Laireiter (2009) spielt soziale Unterstützung sowohl für die Entstehung, die Aufrechterhaltung und die Bewältigung einer psychischen Erkrankung eine Rolle und steuert gleichzeitig die Inanspruchnahme von professioneller Hilfe. Wenn Menschen mit zwischenmenschlichen Problemen nicht mehr alleine fertig werden, suchen sie professionelle Hilfe. „Die Probleme des Patienten können als dessen persönliche Defizite und Schwierigkeiten verstanden werden (intrapersonale Perspektive). Die Probleme des Einzelnen können aber auch auf dysfunktionale Interaktionsmuster innerhalb eines bestimmten sozialen Systems, beispielsweise der Partnerschaft oder Familie zurückzuführen sein (Interpersonale Perspektive)“ (Gassmann & Grawe, 2009, S. 100).

Im Rahmen einer Psychotherapie kann soziale Unterstützung verschiedene Beziehungsfacetten annehmen: (1) Soziale Unterstützung als Rahmenbedingung von Psychotherapie, (2) Soziale Unterstützung als Inhalt von Psychotherapie bzw. Psychotherapie als Ziel von Sozialer Unterstützung und (3) Soziale Unterstützung als Gegenstand von Psychotherapie. Soziale Unterstützung aus dem persönlichen Netzwerk der Patienten wirkt sich im Allgemeinen positiv auf die Behandlung aus. „Bei Vorliegen von Defiziten und Belastungen im engeren persönlichen Netzwerk ... ist es jedoch nötig, Methoden zu deren Verbesserung als zusätzliche Interventionen zu setzen“ (Röhrle & Laireiter, 2009, S. 22).

Hermer (2009) fasst die Bedeutung sozialer Unterstützung im Kontext der Inanspruchnahme von Psychotherapie zusammen. Dem Modell zu Folge kann das soziale Netzwerk als Katalysator fungieren, in dem es den Betroffenen zur Suche nach professioneller Hilfe ermutigt. Weiterhin korreliert eine hohe kommunikative Kompetenz mit einem guten sozialen Netz und führt eher zur Therapieinanspruchnahme. Das soziale Netz kann daher während einer Therapie folgende Positionen annehmen: Kooperation, Kompensation, Konkurrenz, Gegnerschaft oder Unabhängigkeit. Therapieabbrüche sind häufig, wenn Spannungen zwischen der therapeutischen Beziehung und dem sozialen Netzwerk auftreten. Hermer beschreibt treffend (2009, S. 205)

„Soziale Unterstützung und soziale Kontrolle bilden einen fließenden Übergang, wobei in diesem Fall mit der Kontrolle der Wunsch nach einer Veränderung verbunden ist, während speziell bei Therapien, in denen ein Ziel in der Autonomieförderung liegt, das soziale Umfeld Kontrolle ausüben mag, um eine Veränderung zu verhindern.“

Im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung ist es daher notwendig, das soziale System des Patienten zu beachten und zu integrieren. Gerade bei Partnerschaftsproblemen kann eine Therapie ohne den Partner die Paarbeziehung gefährden (Hermer, 2009).

Röhrle und Strouse (2009) führten eine Meta-Analyse zum Einfluss sozialer Netzwerke auf den psychotherapeutischen Erfolg durch. Sie schlossen in ihre Analyse nur deutsche und englische Studien mit kontrollierten klinisch-psychologischen Interventionen ein. Die

Datenbanksuche ergab insgesamt 1.225 Beiträge, von denen lediglich 26 Studien berücksichtigt werden konnten. Als Gesamteffekt ergab sich eine geringe Effektstärke ( $d=.24$ ). Die Autoren resümierten, dass soziale Unterstützung ein unspezifischer Wirkfaktor ist, der mit anderen Prädiktoren interagiert. Frauen berichteten mehr soziale Unterstützung als Männer und besonders depressive Patienten profitierten von sozialer Unterstützung.

Hansson (2006) fasst in einem Literaturreview zur Lebensqualität zusammen, dass zur Erhöhung der subjektiven Lebensqualität von psychisch kranken Menschen die soziale Unterstützung und das soziale Netzwerk relevant sind. Nachfolgend werden daher einige ausgewählte Studien dargestellt, die Komponenten sozialer Unterstützung bei psychisch Kranken untersucht haben. Der Fokus liegt dabei auf Patienten in stationärer Behandlung.

### **Soziale Unterstützung bei depressiven Patienten**

Laireiter et al. (2009) untersuchten 30 depressive Patienten (18 Frauen,  $M=45$  Jahre) in stationärer Behandlung und verglichen diese mit einer unauffälligen Kontrollgruppe. Das soziale Netzwerk der Patienten war deutlich kleiner als das der Kontrollgruppe. Instrumentelle Hilfe suchten beide Gruppen im engen Familien- und Freundeskreis. Empfehlungen für professionelle Hilfe nahmen sie vom Partner, guten Freunden aber auch Fremden an. Der zentrale Unterschied lag in der Wahrnehmung der erhaltenen Unterstützung – die depressiven Patienten waren von dieser häufig enttäuscht.

Deu, Heimbrock und Röhrle (2009) untersuchen bei 69 Patienten mit Depression die Wirkzusammenhänge von Therapie und sozialem Netzwerk. Sie resümieren die Bedeutung der Therapeut-Klient-Beziehung. „Je besser die Therapeut-Klient-Beziehung zu Beginn der Therapie, desto weniger Depressionssymptome weist der Patient bei der Katamnese auf“ (Deu et al., 2009, S. 235). In Bezug auf die soziale Unterstützung konnten sie ermitteln, dass die Bewertung der Unterstützung durch das soziale Netzwerk im Verlauf der Therapie relativiert wird, während die Therapeut-Klient-Beziehung konstant bleibt (Deu et al., 2009).

Nasser und Overholser (2005) untersuchten bei 62 psychiatrischen Patienten mit Depression die soziale Unterstützung. Sie erfassten drei Unterstützungsquellen: die Familie, Freunde und den Glauben. Durch eine Follow up Messung erwies sich die Unterstützung durch Freunde und Familie als stärkster Prädiktor der Depression.

In einer Studie von 199 Patienten mit Depression (133 Frauen,  $M=39$  Jahre) untersuchten Yoshimasu et al. (2006) soziale Unterstützung, depressive Symptome und Ängstlichkeit im Zusammenhang mit Suizidgedanken. Bei Männern waren niedrige soziale Unterstützung, depressive Stimmung und Trait-Angst mit Suizidgedanken verbunden; bei Frauen waren es ebenfalls eine niedrige soziale Unterstützung, depressive Stimmung, Trait-Angst sowie State-Angst und Interessenverlust.

**Patienten mit psychotischen Störungen**

Fünzig Patienten mit psychotischen Störungen wurden in Bezug auf Stress, Coping und soziale Unterstützung mit einer nicht-klinischen nach Alter und Geschlecht gematchten Kontrollgruppe verglichen. Die Patienten berichteten insgesamt weniger Coping-Bemühungen; am häufigsten benutzen beide Gruppen emotionales Coping. In der Patientenstichprobe korrelierten effektive Coping-Methoden mit weniger starken negativen Symptomen, einem höheren Maß erhaltener sozialer Unterstützung, höherer Selbstwirksamkeit und verstärkter Nutzung problem-orientierten Copings (Macdonald, Pica, McDonald, Hayes & Baglioni, 1998).

In einer Untersuchung von 92 Patienten mit Psychose konnte ermittelt werden, dass die subjektive Lebensqualität mit der psychischen Belastung und dem sozialem Netzwerk verbunden ist. In der angeschlossenen Verlaufsstudie erwiesen sich die psychische Belastung und das soziale Netzwerk als Langzeitprädiktoren der subjektiven Lebensqualität nach sechs Jahren (Hansson & Björkman, 2007).

**Patienten mit Alkoholabhängigkeit**

Schindler und Körkel (2009) untersuchten die soziale Unterstützung und das soziale Netzwerk bei 110 Alkoholabhängigen zu Beginn, im Verlauf, zu Ende sowie drei und sechs Monate nach der Entwöhnungstherapie. Ein Sechstel der Patienten war nach drei Monaten wieder rückfällig. Die Patienten gaben ein hohes Maß an allgemeiner Unterstützung bei geringer sozialer Integration an. Es fand sich ein Zusammenhang zwischen der sozialen Einbindung und der Trinkmenge. Neben einer reduzierten Rückfallwahrscheinlichkeit war eine gute soziale Einbindung mit einer geringeren Trinkmenge bei Rückfälligkeit verbunden. „Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Personen, die schlecht sozial integriert waren, bereits viele Entgiftungen hinter sich hatten oder arbeitslos waren, schneller wieder erneut Alkohol tranken“ (Schindler & Körkel, 2009, S. 436).

**Zusammenfassung soziale Unterstützung**

Die soziale Unterstützung sollte in der psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlung Bestandteil der multimodalen psychologischen Diagnostik sein. Gerade in Kombination mit interpersonalen Verhaltensweisen können daraus relevante Problembereiche bzw. Ressourcen abgeleitet werden. „Die (Re-)Aktivierung der Ressourcen des Patienten hat sich als der bedeutsamste allgemeine Wirkfaktor von Psychotherapie herausgestellt“ (Gassmann & Grawe, 2009, S. 117).

## 5.4 Angrenzende Konstrukte

Im Rahmen der Ergebnisqualität sollten Veränderungen der Lebensqualität und des Wohlbefindens erfasst werden. Die Patientenzufriedenheit ist ebenfalls ein maßgeblicher Faktor, der am Ende einer Therapie erhoben werden sollte. Es werden Aspekte zu Wohlbefinden und Lebensqualität sowie Patientenzufriedenheit kurz dargestellt, um die in der Psychiatrie relevanten Aspekte zur Ergebnisqualitätssicherung vollständig darzustellen. In SATEP erfolgt ebenfalls die Erfassung dieser Konstrukte, deren Analyse ist allerdings nicht Inhalt der vorliegenden Arbeit.

### 5.4.1 Wohlbefinden und Lebensqualität

Die Konstrukte Wohlbefinden und Lebensqualität überlappen sich teilweise und sind schwer voneinander abgrenzbar (Daig & Lehmann, 2007), so dass die gemeinsame Betrachtung erfolgt. Wohlbefinden kann als Kontinuum verstanden werden und betrifft verschiedene Bereiche des täglichen Lebens wie Familie, Arbeit, Gesundheit, Freizeit, Finanzen und die eigene Person. In Bezug auf Gesundheit ist Wohlbefinden gleichzusetzen mit psychischer Ausgeglichenheit und Freude. Negative Affekte können beispielsweise psychische Erkrankungen wie eine Depression sein (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999). Cummins (2010) gibt einen guten Überblick zum Thema subjektives Wohlbefinden bei Depression. Er beschreibt als zentrales Element zur Erlangung von Wohlbefinden die Homöostase. Diese steuert die Stimmung und ermöglicht einen positiven Blick auf sich selbst. Das Fehlen der Homöostase bei negativen Herausforderungen oder Überforderungen kann zu negativen Affekten wie Depression führen. Eine dauerhafte negative Stimmung ist somit für Gesundheit und Wohlbefinden nicht förderlich (Cummins, 2010).

Die Lebensqualität ist die „subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben, in Relation zur Kultur und den Wertesystemen, in denen sie lebt, in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen und Standards“ (Daig & Lehmann, 2007, S. 5). Die gesundheitsbezogene Lebensqualität betrifft den subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustand und stellt die persönliche interne Repräsentation der Gesundheit durch den Betroffenen dar. Sie umfasst krankheitsbedingte körperliche Beschwerden, die psychische Verfassung bzw. emotionale Befindlichkeit, erkrankungsbedingte funktionelle Einschränkungen in den alltäglichen Lebensbereichen sowie die Gestaltung sozialer Beziehungen und deren krankheitsbedingte Veränderungen (Daig & Lehmann, 2007). Wahl, Meyer, Löwe und Rose (2010) tragen Befunde zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität zusammen. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität ist subjektiv und zeigt, wie stark der Patient die Belastung einschätzt, die von seiner Erkrankung ausgeht. Als multimodales Konstrukt ergibt sich diese aus der (1) Belastung durch körperliche Beschwerden, (2) der Belastung durch psychische Symptome und (3) der Belastung durch soziale Erkrankungskonsequenzen. Neben der Morbidität und

Mortalität ist die gesundheitsbezogene Lebensqualität Zielkriterium zur Bewertung von Nutzen oder Schaden medizinischer Interventionen. Die Erfassung kann mit generischen (krankheitsübergreifende) oder target (krankheitsspezifische) Verfahren erfolgen. Die WHOQOL erfasst Lebensqualität und dabei psychisches und physisches Wohlbefinden als eigene Dimensionen (Angermeyer, Kilian & Matschinger, 2000). Das national und international bekannteste generische Verfahren ist die Short-Form 36 (SF-36; Bullinger & Kirchberger, 1998), die psychische und physische Lebensqualität erfasst. Wahl et al. (2010, S. 8) fassen zusammen, „... dass sich die Lebensqualität durch Psychotherapie verbessern kann, selbst wenn Symptome bestehen bleiben“. Bullinger und Ravens-Sieberer (2001) betonen die steigende Bedeutung der Lebensqualität für die Psychiatrie, vor allem in der Selbstbeurteilung. Sie verweisen auf ca. 40 Verfahren für Erwachsene aus dem deutschen Sprachraum. Daig und Lehmann (2007) geben eine Übersicht der bekanntesten generischen und krankheitsspezifischen Instrumente. Bei den krankheitsspezifischen Instrumenten überwiegen Verfahren für Patienten mit chronischen somatischen Erkrankungen (z.B. Diabetes, Nierenerkrankungen). Für psychiatrisch/psychotherapeutische Patienten erscheinen momentan generische Verfahren zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität am besten geeignet.

#### **5.4.2 Patientenzufriedenheit**

Medizinische Leistungserbringer werden immer häufiger als Dienstleister und Patienten als kritische Konsumenten betrachtet (Hannöver, Dogs & Kordy, 2000). Die Bewertung der Dienstleistung aus Sicht des Patienten ist folglich für die Qualitätssicherung notwendig. Patientenzufriedenheit ist die subjektive Sicht des Patienten, dass erwartete und erhaltene medizinische Versorgungsleistungen übereinstimmen (Rentrop, Bohm & Kissling, 1999).

Das Patientenurteil ist relevant, um Behandlungsprozesse und -ergebnisse zu erfassen, damit im Bedarfsfall Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet werden können (Nübling et al., 2007). Möller-Leimkühler und Dunkel (2003) weisen darauf hin, dass 90-95% der Varianz von Zufriedenheitsurteilen durch Patientenvariablen aufgeklärt werden und die Patientenzufriedenheit stark von sozialer Erwünschtheit und psycho-sozialen Regulations- und Adaptionprozessen des Patienten beeinflusst wird. Weit verbreitet ist das „... die Zufriedenheit psychiatrischer Patienten mit ihrer Behandlung höher ausgeprägt [ist] als die subjektive Lebensqualität“ (Möller-Leimkühler, Dunkel & Müller, 2002, S. 411). Für eine differenzierte Qualitätsbeurteilung sollten die Bereiche (1) Behandlung allgemein, (2) Unterbringung, (3) Verpflegung, (4) Umgebung und Freizeit, (5) Gesundheitliche Veränderungen und (6) therapeutische Maßnahmen erfasst werden (Nübling et al., 2007).

Möller-Leimkühler und Dunkel (2003) untersuchten an einer Stichprobe von N=91 (58% männlich, M=47 Jahre) psychiatrischen Patienten die Zufriedenheit mit dem stationären

Aufenthalt. Sie fanden insgesamt sehr hohe Zufriedenheitswerte und konnten aufzeigen, dass die Patienten besonders die ärztliche Betreuung wertschätzen. Zwanzig Prozent der Patienten wünschten sich jedoch gleichzeitig mehr Zeit mit Ärzten, d.h. eine längere und ausführlicher besprochene Visite und einen Einfluss auf (Behandlungs-)Entscheidungen. Bezüglich der Psychopharmakotherapie äußerten sich 20% der Patienten unzufrieden in Bezug auf die Menge, die Dosierung, die Wirkungen und Nebenwirkungen sowie die erhaltenen Informationen. In dieser Stichprobe war die globale Patientenzufriedenheit mit einer positiven Arzt-Patient-Beziehung, einem höheren Alter, der Zufriedenheit mit sich selbst, der subjektiven Wirksamkeit der Psychopharmaka sowie der Behandlung auf einer offenen psychiatrischen Station korreliert (Möller-Leimkühler et al., 2002).

Zur Erfassung der Patientenzufriedenheit haben sich der Zufriedenheits-Fragebogen (ZUF-8) und dessen Kurzform, der ZUF-3, bewährt. Der ZUF-8 wurde ursprünglich für die psychosomatische Rehabilitation entwickelt (Schmidt & Wittmann, 2002), so dass die Items für die psychiatrische Behandlung teilweise nicht geeignet sind. Aus diesem Grund gibt es zahlreiche Eigenentwicklungen von Fragebögen zur Erfassung der Patientenzufriedenheit in der Psychiatrie. Der Züricher Fragebogen zur Patientenzufriedenheit ist das Ergebnis einer qualitativen Arbeit in Fokusgruppen (Patienten, Mitarbeitern und Angehörige). Die Analyse von 1.779 Patientenaussagen ergab die besondere Relevanz der Atmosphäre, der Patientenbedürfnisse und der Personal-Patientenbeziehung (Modestin, Hanselmann, Rüesch, Grünwald & Meyer, 2003). In einer deutschen Multicenterstudie untersuchten Bermejo et al. (2008) den Zusammenhang von Patientenzufriedenheit mit soziodemografischen und klinischen Patientenmerkmalen in einer Stichprobe von 936 stationären depressiven Patienten. Sie konnten einen Einfluss von Familienstand sowie beruflicher Situation auf die Patientenzufriedenheit ermitteln. Verheiratete Patienten und Hausfrauen bzw. Hausmänner waren mit der Behandlung am zufriedensten (Bermejo et al., 2008). Hannover et al. (2000) untersuchten 1.295 stationäre Patienten mit dem ZUF-8, um Aussagen zum Behandlungserfolg zu machen. Es ergab sich eine ausgeprägte Schiefe, nur 8% aller Patienten konnten als unzufrieden klassifiziert werden. Als Prädiktoren für die Zufriedenheit erwiesen sich ein empathischer und hilfreicher Therapeut, eine wirksame Behandlung sowie eine positive Arbeitseinschätzung.

## 5.5 Weiterführende Diagnostik

Im Rahmen einer stationären psychiatrischen Behandlung ist im Einzelfall häufig weiterführende Diagnostik aus den Bereichen **Leistungsdiagnostik** (Überblick siehe Dörfler & Dislich, 2008), **neuropsychologische Diagnostik** (Gauggel & Volz-Sidiropoulou, 2008) oder **Persönlichkeitsdiagnostik** (Rammstedt, 2008) anzuwenden. Bei zahlreichen psychiatrischen Diagnosen (z.B. Demenz, ADHS, Alkoholismus, Schizophrenie) ist

insbesondere die Abgrenzung von neurologischen Erkrankungen oder hirnorganischen Störungen notwendig. Neben einer umfassenden neurologischen Untersuchung werden daher häufig Verfahren zur neuropsychologischen Diagnostik eingesetzt. Diese erfassen Gedächtnis-, Aufmerksamkeits- und Wahrnehmungsfunktionen, Exekutivfunktionen, Krankheitseinsicht sowie Motivation und liefern Erkenntnisse über sprachliche Leistungen sowie Aktivitäts- und Partizipationseinschränkungen. Hauptanwendungsgebiet in der Psychiatrie ist die Früherkennung dementieller Erkrankungen (Gauggel & Volz-Sidiropoulou, 2008). Persönlichkeitsinventare finden in der Praxis am häufigsten Anwendung. Schätzungsweise 50% der Psychiatrien setzen diese regelmäßig ein. Eine lange Tradition hat das MMPI-2 zur Erfassung pathologischer Persönlichkeitsstrukturen. Neue Verfahren fokussieren vor allem die Erfassung der Big Five Dimensionen Extraversion, Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit, Emotionale Stabilität vs. Neurotizismus und Offenheit. Für den Einzelfall sind weiterhin Verfahren zur Erfassung einzelner Persönlichkeitsmerkmale und –facetten wie beispielsweise Ängstlichkeit relevant (Rammstedt, 2008).

## **5.6 Zusammenfassung psychiatrisch relevante Konstrukte**

Die vorgestellten Konstrukte sind im Kontext psychiatrischer Untersuchungen sowohl inhaltlich als auch für die Qualitätssicherung relevant. An erster Stelle steht die psychische Belastung der Patienten. Diese sollte durch die Selbstbeurteilung wiederholt (zu Beginn, im Verlauf und zu Therapieende) erfasst werden. Gerade Angst, Depressivität und die generelle psychische Belastung sollen im Rahmen einer stationären psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlung verbessert werden. Empirische Studien haben weiterhin den engen Zusammenhang interpersonaler Verhaltensweisen mit der psychischen Belastung aufgezeigt. Aus diesem Grund sollten interpersonalen Probleme stets in Kombination mit der psychischen Belastung betrachtet werden, wenngleich deren Veränderungen längere Zeit in Anspruch nehmen. Soziale Unterstützung spielt ebenfalls eine relevante Rolle im Rahmen der Behandlung; diese kann als unspezifischer Wirkfaktor betrachtet werden. Sie kann einerseits entlastend als Ressource fungieren oder andererseits bei sozialen Belastungen die Aufrechterhaltung der psychischen Symptome fördern. Vom Gesetzgeber werden ausdrücklich die Erfassung von Veränderungen der Symptome und der Lebensqualität sowie die Erfassung der Lebensqualität gefordert.

Die vorliegende Arbeit befasst sich im Zuge der Optimierung der Qualitätssicherung mit der empirischen Analyse der drei relevanten Konstrukte psychische Belastung, interpersonale Verhaltensweisen und soziale Unterstützung in der stationären psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlung. Umfassende psychometrische Analysen stellen die Grundlage für die kontinuierliche und systematische Anwendung der Konstrukte in der stationären Erwachsenenpsychiatrie dar.

## 6 Zielsetzung, Fragestellung und Hypothesen

In dieser Arbeit erfolgen in einer großen Stichprobe psychiatrischer Patienten Analysen der psychometrischen Eigenschaften verschiedener psychologisch-diagnostischer Selbst-beurteilungsinstrumente, die im Rahmen des Salus-Asklepios-Therapie-Erfolgs-Programms (SATEP) entwickelt wurden. An dieser Stelle erfolgt daher eine kurze Erklärung von SATEP. SATEP ist ein computer-unterstütztes psychologisch-diagnostisches Instrument zur Erfassung der Ergebnisqualität in der stationären psychiatrischen Versorgung, das die gesetzliche Verpflichtung zur Qualitätssicherung berücksichtigt (Franke, Jäger & Schütt, 2010). SATEP ist modular aufgebaut und erfasst verschiedene psychologische Konstrukte in der Selbst- und der Fremdbeurteilungsform. Im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie bearbeiten die Patienten in den ersten sieben Tagen die Aufnahmemessung zur Statusdiagnostik. Im weiteren Therapieverlauf erfolgen Zwischenmessungen und zur Entlassung die Abschlussmessung zur Evaluation der Therapieergebnisse. Seit April 2009 wird SATEP in der Routineversorgung auf Projektstationen teilnehmender Salus-Kliniken (Bernburg, Uchtspringe) und Asklepios-Kliniken (Brandenburg, Lübben, Teupitz, Stadtroda) angewendet. Mit Abschluss der Projektphase soll SATEP auf allen psychiatrischen Stationen der Salus und Asklepios Kliniken implementiert sein. Für SATEP wurden zur Einsparung von Lizenzkosten eigens neue psychologische Diagnostik-Instrumente entwickelt (vgl. Franke & Jäger, 2010).

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist eine Optimierung der entwickelten Fragebögen zur Erfassung der Konstrukte psychische Belastung, interpersonale Verhaltensweisen und soziale Unterstützung für die Anwendung in der Erwachsenenpsychiatrie. Mit der Optimierung soll eine effektive und ökonomische Erfassung der psychologischen Konstrukte ermöglicht werden. In dieser Arbeit werden die entwickelten Fragebögen daher umfangreichen psychometrischen Analysen unterzogen:

- (1) Itemstatistik
- (2) Skalenstatistik
- (3) Reliabilität
- (4) Validität

Zur psychometrischen Analyse der Fragebögen wird auf zwei unabhängige Stichproben zurückgegriffen. Einerseits steht eine umfangreiche Stichprobe von Psychatriepatienten zur Verfügung und andererseits erfolgte zur Validierung der Instrumente zusätzlich die Erfassung der Konstrukte in einer großen Stichprobe aus der Gesamtbevölkerung. Alle Analyseschritte werden in beiden Stichproben durchgeführt. Die endgültige Skalenbildung basiert auf den Ergebnissen der Patientenstichprobe. Zur Kreuzvalidierung folgen



anschließend in der Bevölkerungsstichprobe und in der Patientenstichprobe Analysen der Reliabilität und Validität. Auf Grund der Stichprobengröße der Patientenstichprobe wird diese für die Skalenstatistik zusätzlich in zwei Zufallsstichproben geteilt, die ebenfalls zur Kreuzvalidierung genutzt werden.

Nachfolgend werden die einzelnen Analyseschritte der Arbeit zusammengefasst:

(1) Im Rahmen der Analysen zur **Itemstatistik** erfolgen deskriptive Analysen der entwickelten Items in Bezug auf die folgenden statistischen Kennwerte:

- Mittelwert und Standardabweichung
- Häufigkeitsverteilung
- Boden- und Deckeneffekte
- Anteil fehlender Itemantworten
- Schwierigkeitsindex
- Trennschärfe
- Schiefe

Das Ziel der Itemstatistik ist eine Auswahl der Items mit guten Itemkennwerten und ein Ausschluss der Items mit schlechten Itemkennwerten zur Reduktion der Gesamt-Itemanzahl.

(2) Im Anschluss an die Itemstatistik erfolgt die **Skalenstatistik**. Dabei werden folgende Kriterien betrachtet:

- faktorielle Validität explorativ (Zufallsstichprobe A)
- faktorielle Validität konfirmatorisch (Zufallsstichprobe B)
- Mittelwert, Standardabweichung
- Skaleninterkorrelationen

Im Rahmen der Skalenstatistik wird zunächst die theoretische Zuordnung der Items zu den Skalen empirisch geprüft. In diesem Analyse-Schritt erfolgt weiterhin die Festlegung neuer Skalen mit dem Ziel einer Reduktion der Gesamt-Itemanzahl unter Beibehaltung inhaltlich relevanter Konstruktbereiche.

(3) Die **Reliabilität** wird sowohl für die theoretischen als auch die empirisch reduzierten Skalen ermittelt. Dabei werden folgende Ergebnisse betrachtet:

- interne Konsistenz
- Retest-Reliabilität

Insgesamt werden hohe Reliabilitätswerte angestrebt. Trotz reduzierter Itemanzahl werden gute Reliabilitätswerte erwartet. Im Zuge der Prüfung der internen Konsistenz der einzelnen Skalen werden weiterhin die Trennschärfen der Items betrachtet. Sollten in diesem

Auswertungsschritt noch Item mit niedriger Trennschärf ermittelt werden, werden diese aus der Skalenbildung des Verfahrens ausgeschlossen.

(4) Im Rahmen der Analyse der **Validität** der entwickelten Instrumente werden einerseits Nachweise der differentiellen und andererseits der Konstrukt-Validität erbracht. Für die **differentielle Validität** werden Mittelwertsunterschiede der entwickelten SATEP Instrumente erwartet in Bezug auf:

- die Stichprobe (Patienten- vs. Bevölkerungsstichprobe)
- das Geschlecht
- das Alter
- die psychiatrische Diagnose (Kategorie F der ICD-10)

Die Konstruktvalidität wird durch Korrelationen der entwickelten SATEP Instrumente mit publizierten lizenzkostenpflichtigen Verfahren nachgewiesen. Es werden mittlere bis hohe Korrelationen zum Beleg der Validität der SATEP Instrumente erwartet.

Durch die umfangreichen psychometrischen Analysen der SATEP Instrumente wird eine Optimierung der psychologischen Selbstbeurteilungsinstrumente angestrebt. Die Instrumente sollen einerseits in ihrer Gesamt-Itemanzahl gekürzt und andererseits in ihrer Skalenzusammensetzung optimiert werden. Die verbesserten und modifizierten SATEP Fragebögen zur psychischen Belastung, interpersonalen Verhaltensweisen und sozialer Unterstützung in der Erwachsenenpsychiatrie sollen künftig routinemäßig zur Status- und Verlaufsbeurteilung in den SALUS und Asklepios Kliniken eingesetzt werden. Im Anschluss an die hier vorliegende Untersuchung sind folglich Analysen der Verlaufsmessungen bei Patienten anzuschließen, um die Änderungssensitivität der Instrumente zu belegen und Schwellen zur Beurteilung der Veränderungen festzulegen. Die Ergebnisse dieser Arbeit sind insgesamt als Grundlage für nachfolgende Analysen zu betrachten und ein notwendiger Bestandteil zur Entwicklung der SATEP Instrumente.

## 7 Methode

Das folgende Kapitel stellt die Methoden und den Ablauf der empirischen Untersuchung dar. Zunächst erfolgt eine ausführliche Beschreibung der Stichproben, in denen die Analysen durchgeführt werden. Anschließend werden die Schritte der Fragebogenentwicklung transparent gemacht und somit die eingesetzten Fragebögen näher beschrieben. Der genauen Beschreibung des Untersuchungsablaufes folgt die Darstellung der einzelnen Auswertungsschritte. Im Rahmen der Auswertungsschritte werden Kriterien zur Selektion und Bewertung der Ergebnisse formuliert.

### 7.1 Stichprobenbeschreibung

Zur psychometrischen Analyse der Testverfahren kann auf zwei Stichproben zurückgegriffen werden, auf eine anfallende klinische Stichprobe von stationären psychiatrischen Patienten und eine Stichprobe von Personen aus der Normalbevölkerung. In der Normalbevölkerung erfolgte in einer studentischen Teilstichprobe zusätzlich die Retest-Messung.

#### 7.1.1 Patientenstichprobe

Im Zeitraum vom 01. April 2009 bis 31. Dezember 2010 wurden insgesamt 2.005 Patienten in SATEP eingeschlossen. Von den 2.005 Patienten lagen für 1.618 die Selbst- und für 1.588 die Fremdbeurteilung vor. Die nachfolgenden Analysen basieren auf den Angaben der N=1.618 Patienten mit Selbstbeurteilung. Diese waren durchschnittlich 38 Jahre alt (SD=13, Range: 16-82) und zu 52% (n=843) weiblich. Die Behandlung der Patienten erfolgte bei 52% in Kliniken der SALUS gGmbH und bei 48% in Asklepios Kliniken. Die klinischen Haupt-Diagnosen zur Aufnahme waren vorwiegend den affektiven Störungen (F3=45%), den Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4=22%) und den Abhängigkeits-erkrankungen (F1=20%) zuzuordnen. Weiterhin lagen Störungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie (F2=4%) und den Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6=7%) vor. Die häufigsten Einzel-Diagnosen waren mit 12% die F33.2, eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig schwerer Episode ohne psychotische Symptome, mit 7% die F32.2, eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome und mit 6% die F10.2, Abhängigkeitssyndrom durch Alkohol. Die Behandlung in den psychiatrischen Einrichtungen erfolgte interdisziplinär und multimodal. Insgesamt 77% der Patienten erhielten eine Einzelpsychotherapie, 77% eine Gruppenpsychotherapie. Bei jeweils 5% der Patienten erfolgten spezielle Angehörigengespräche und Paartherapie. 68% der angebotenen psychotherapeutischen Behandlungen waren kognitiv-behavioral-verhaltenstherapeutisch, 32% psychodynamisch-tiefenpsychologisch und 4% gesprächspsychotherapeutisch. Das Behandlungsangebot war psychoedukativ und umfasste zahlreiche Interventionen<sup>1</sup>: 53% der

---

<sup>1</sup> Zur besseren Übersicht erfolgt die Beschreibung der Interventionen alphabetisch.

Patienten erhielten Entspannungstherapie, 96% Ergotherapie, 10% Ernährungsberatung, 43% medizinisch-therapeutische Gespräche, 46% Musiktherapie, 36% Patientenschulungen, 49% Pharmakotherapie, 48% Physiotherapie, 92% psychotherapeutische Gespräche, 43% Sozialarbeit und 89% Sport- und Bewegungstherapie.

Die Patientenstichprobe setzt sich aus insgesamt drei relevanten Bereichen der Psychiatrie zusammen. In dieser Stichprobe stammen 48% der Patienten aus der Allgemeinen Psychiatrie, 27% aus der Suchttherapie und 26% aus der Psychosomatik/ Psychotherapie. Die soziodemografischen und klinischen Daten der drei Teilstichproben sind Tabelle 4 zu entnehmen. Es ergeben sich nachvollziehbare Unterschiede hinsichtlich der Geschlechts- und Diagnoseverteilung.

Tabelle 4

*Soziodemografie und Klinik der Teilstichproben der Patientenstichprobe*

Variable	Allgemeine Psychiatrie (n=768)	Suchttherapie (n=430)	Psychosomatik/ Psychotherapie (n=420)
<b>Träger</b>	<b>460 (60%) SALUS</b> 308 (40%) Asklepios	<b>264 (61%) SALUS</b> 166 (39%) Asklepios	118 (28%) SALUS <b>302 (72%) Asklepios</b>
<b>Alter</b>	41 Jahre (SD=13; 18-80)	35 Jahre (SD=12; 16-82)	37 (SD=12; 17-69)
<b>Geschlecht</b>	305 (40%) Männer <b>463 (60%) Frauen</b>	<b>315 (73%) Männer</b> 115 (27%) Frauen	155 (37%) Männer <b>265 (63%) Frauen</b>
<b>Haupt-Diagnosen</b>	F0=1 (0,2%) F1=27 (4%) F2=45 (7%) <b>F3=371 (59%)</b> F4=150 (24%) F5=5 (1%) F6=20 (3%) F7=5 (1%) F9=2 (0,3%)	<b>F1=224 (74%)</b>  F3=31 (10%) F4=24 (8%)  F6=20 (7%)  F9=3 (1%)	   F2=1 (0,3%) <b>F3=162 (49%)</b> F4=109 (33%) F5=13 (4%) F6=45 (14%)  F9=4 (1%)

Zur Ermittlung der faktoriellen Validität wurde die Patientenstichprobe zufällig halbiert. Dafür wurden zunächst die Teilstichproben der Allgemeinen Psychiatrie, der Suchttherapie und der Psychosomatik/Psychotherapie zufällig halbiert, um deren Anteile annähernd gleich aufzuteilen. Die soziodemografische und klinische Beschreibung der zwei Stichproben ist in Tabelle 5 dargestellt. Mittels  $\chi^2$ -Tests und dem t-Test erfolgte die Prüfung auf Unterschiede zwischen den zwei Zufallsstichproben. Die Zufallsstichproben unterscheiden sich nicht hinsichtlich der analysierten soziodemografischen Variablen Geschlecht und Alter. Die Analyse der psychiatrischen Diagnose erfolgt auf Grund der stark unterschiedlich besetzten Kategorien rein deskriptiv. In beiden Zufallsstichproben dominieren affektive Störungen und die Diagnoseverteilung ähnelt sich sehr stark.

Tabelle 5

*Soziodemografie und Klinik der Zufallsstichproben A und B*

Variable	A (n=832)	B (n=786)	Prüfgröße
<b>Träger</b>	<b>426 (51%) SALUS</b> 406 (49%) Asklepios	<b>416 (53%) SALUS</b> 370 (47%) Asklepios	$\chi^2=0,48$ ; df=1; p=0,49
<b>Fachgebiet</b>	<b>391 (47%) AP</b> 222 (27%) ST 219 (26%) PT	<b>377 (48%) AP</b> 208 (26%) ST 201 (26%) PT	$\chi^2=0,18$ ; df=2; p=0,92
<b>Alter</b>	39 Jahre (SD=13; 16-80)	38 Jahre (SD=13; 17-82)	t=0,76; df=1616; p=0,45
<b>Geschlecht</b>	393 (47%) Männer <b>439 (53%) Frauen</b>	380 (48%) Männer <b>406 (52%) Frauen</b>	$\chi^2=0,20$ ; df=1; p=0,66
<b>Haupt-Diagnosen</b>	F0=138 (21%) F2=26 (4%) <b>F3=290 (45%)</b> F4=136 (21%) F5=9 (1%) F6=44 (7%) F7=1 (0,2%) F9=6 (0,9%)	F0=1 (0,2%) F1=113 (19%) F2=20 (3%) <b>F3=274 (45%)</b> F4=147 (24%) F5=9 (2%) F6=41 (7%) F7=4 (1%) F9=3 (1%)	

In den nachfolgenden Analysen wird die Zufallsstichprobe A zur Ermittlung der explorativen Skalenstruktur angewendet. Die Überprüfung der ermittelten Ergebnisse erfolgt konfirmatorisch in der Zufallsstichprobe B. Zum Nachweis der Reliabilität und Validität wird wieder auf die gesamte Patientenstichprobe zurückgegriffen.

### 7.1.2 Bevölkerungsstichprobe

Im Rahmen eines studentischen Projekts wurden per Schneeballprinzip Freiwillige rekrutiert, die bereit waren, unentgeltlich ein umfangreiches Fragebogenset zu beantworten. Die Studierenden verteilten dabei Fragebögen an Familienangehörige, Freunde und Bekannte. Das Ziel war dabei eine annähernd gleiche Verteilung von Männern und Frauen sowie ein breites Altersspektrum. Insgesamt N=1.278 Personen aus der Normalbevölkerung mit einem durchschnittlichen Alter von 35 Jahren (SD=15, Range 15-87) füllten das papierbasierte Fragebogenset aus. Mehr als die Hälfte der Personen (61%, n=774) waren weiblich. In der Stichprobe war die Bildung deutlich erhöht und nicht bevölkerungsrepräsentativ verteilt: 10% hatten einen Hauptschulabschluss, 38% einen Real- (Mittel-) oder Handelsabschluss, 28% ein absolviertes Abitur und 25% ein abgeschlossenes Studium. Der Mehrheit der Befragten war ledig (60%), 31% waren verheiratet, 7% geschieden und 2% verwitwet. Als aktuellen beruflichen Status gaben 47% der Befragten an, Arbeitnehmer zu sein, 25% waren Studenten, 9% in Berufsausbildung, 7% Rentner, 5% selbstständig, 3% arbeitslos, 2% Schüler und 2% Hausfrau/-mann.

Für eine studentische Teilstichprobe ( $n=171$ , 13%) liegen zusätzlich Informationen zur Retest-Messung nach durchschnittlich sieben Tagen vor. Die Studenten waren durchschnittlich 24 Jahre alt ( $SD=4$ , Range 18-43) und zu 80% weiblich ( $n=136$ ). Ein Großteil der Studierenden stammte aus den B.Sc. und M.Sc. Rehabilitationspsychologie (79%) und der kleinere Teile aus dem B.Sc. Studiengang Betriebswirtschaftslehre (21%).

### 7.1.3 Vergleich Patienten- vs. Bevölkerungsstichprobe

Die Patientenstichprobe und die Bevölkerungsstichprobe wurden auf Unterschiede hinsichtlich der soziodemografischen Variablen Alter und Geschlecht untersucht, um mögliche Einschränkungen für die Interpretation der Ergebnisse zur ermitteln. Mittels t-Test wurden Altersunterschiede zwischen den zwei Stichproben geprüft. Die Patienten waren statistisch signifikant älter als die Personen der Bevölkerung. Gleichzeitig war die Spannweite des Alters in der Bevölkerungsstichprobe etwas höher (vgl. Tabelle 6).

In Bezug auf die Geschlechtsverteilung ergaben sich ebenfalls statistisch signifikante Unterschiede. In der Patientenstichprobe war das Verhältnis zwischen Männern und Frauen annähernd ausgeglichen. In der anonymen und freiwilligen Bevölkerungsbefragung konnten hingegen deutlich mehr Frauen als Männer zur Teilnahme gewonnen werden.

Tabelle 6

#### *Patienten- vs. Bevölkerungsstichprobe*

Variable	Patientenstichprobe (N=1.618)	Bevölkerungsstichprobe (N=1.278)	Prüfgröße
<b>Alter</b>	38 Jahre ( $SD=13$ ; 16-82)	35 Jahre ( $SD=15$ , 15-87)	$t=6,81$ ; $df=2535$ ; $p<0,001$
<b>Geschlecht</b>	<b>843 (52%) weiblich</b> 775 (48%) männlich	<b>774 (61%) weiblich</b> 504 (39%) männlich	$\chi^2=20,59$ ; $df=1$ ; $p=0,001$

## 7.2 Fragebogenentwicklung

Für SATEP wurden von Franke und Jäger (2010) Items und Fragebögen zu verschiedenen Konstrukten neu entwickelt. Damit sollten einerseits künftig Lizenzkosten eingespart und andererseits die Möglichkeit des Benchmarkings über alle SALUS und Asklepios Kliniken geschaffen werden. Die Grundlage der SATEP Fragebogenentwicklung sind die Stufen der Testentwicklung nach Bühner (2006). Bis zur Entwicklung und anschließenden Überprüfung des ersten Testentwurfs erfolgten bereits drei Schritte. Zunächst erfolgt die **Anforderungsanalyse**, in dem Aufgaben und Anforderungen des zu entwickelnden Instruments definiert und festgelegt werden. Das Ziel von SATEP ist die wiederholte Erfassung von psychologischen Konstrukten, die im Rahmen einer psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlung von Relevanz sind, um Veränderungen im Therapieverlauf abzubilden. Anschließend erfolgte die **Literatursuche und -analyse**. Das Projektthema Ergebnisqualität in der Psychiatrie wurde untergliedert in die Psychatriebereiche und differenziert gesucht – z.B. nach den Suchbegriffen „Ergebnisqualität“ und „Psychosomatik“. Entsprechend der Suchergebnisse wurden die Suchbegriffe entweder erweitert oder stärker eingegrenzt. An die Literaturanalyse schloss eng die **Eingrenzung des Merkmals und Arbeitsdefinition** an. Die Eingrenzung des Merkmals bezieht sich dabei auf die Auswahl der relevanten Konstrukte für die Psychiatrie, die zur wiederholten Messung geeignet sind. Die Arbeitsdefinition ist die Ableitung einer Definition für die ausgewählten Konstrukte auf Basis der Literaturanalyse.

SATEP richtet sich in der Selbstbeurteilung an die Psychiatriepatienten und in der Fremdbeurteilung an die Funktionsgruppe der Ärzte und Psychologen. Mit SATEP sollen Eigenschaften und Belastungen der Patienten beschrieben werden. Zur besseren Vergleichbarkeit sind nahezu alle Items der Selbstbeurteilung über eine sechs-stufige Likert-Skala (1=gar nicht bis 6=immer) zu beurteilen. In der Fremdbeurteilung werden hingegen bei der Beurteilung des psychopathologischen Befundes nur drei Antwort-Kategorien und die Option „trifft nicht zu“ genutzt.

Für die Entwicklung der Fragebögen ist nach Jankisz und Moosbrugger (2007) weiterhin die Darbietungsform relevant. SATEP wurde zur Computerdiagnostik entwickelt, wobei jeweils ein Item pro Bildschirmseite angezeigt wird. Für jedes Item kann per Maus oder Zahlentaste die Antwortkategorie ausgewählt werden. Im Anschluss an die Durchführung erfolgt für den Arzt/Therapeuten die Auswertung und Rückmeldung der Testergebnisse unmittelbar am PC. Der Umfang und Inhalt des dargebotenen Fragensets richtet sich nach der Zugehörigkeit der Patienten zur Allgemeinen Psychiatrie, der Suchttherapie, der Gerontopsychiatrie, der Forensischen Psychiatrie oder der Psychosomatik/Psychotherapie. Für die einzelnen Bereiche der Erwachsenenpsychiatrie wurden jeweils ein Kern von Konstrukten und spezifische Konstrukte (z.B. in der Suchttherapie Alkohol- und/oder

Nikotinkonsum) ausgewählt und entwickelt. Im Kern beantworten alle Patienten die übergeordneten Konstrukte psychische Belastung, interpersonale Probleme und soziale Unterstützung sowie angrenzende Konstrukte wie Patientenzufriedenheit, Wohlbefinden, Stressbewältigung und Kohärenzsinn. Im Fokus dieser Arbeit steht die Analyse der drei Kernkonstrukte psychische Belastung, interpersonales Verhalten und soziale Unterstützung, da diese durch die mehrfache Anwendung zur Therapieevaluation genutzt werden können. Weiterhin liegen für diese drei übergeordneten Konstrukte zahlreiche Belege für deren nutzbringende Anwendung und Auswertung im Rahmen von psychotherapeutischen Interventionen vor.

### 7.2.1 Psychische Belastung

Mit dem Fragebogen zur Erfassung der psychischen Beeinträchtigung (FEB) erfolgt in Anlehnung an das Tripartite Modell (Clark & Watson, 1991) die gemeinsame Betrachtung von Angst und Depression. Clark und Watson (1991) konnten nachweisen, dass Selbstbeurteilungsinstrumente eine gute Möglichkeit zur Erfassung der subjektiven psychischen Belastung, insbesondere der Depressivität und der Angst darstellen. Die Anwendung der SCL-90-R und ihrer Kurzform BSI hat gezeigt, dass im psychiatrischen bzw. psychosomatischen Setting die Unsicherheit des Patienten z.B. in unbekannten Situationen oder mit anderen Personen und die Wahrnehmung eigener somatischer Symptome eine Rolle spielt (Franke, 2000, 2002; Franke et al., 2005; Haase et al., 2008).

Diese Ergebnisse waren Inspiration für eine vollständige Neuentwicklung des FEB. Die eingesetzte Version umfasst 44 Items die den Bereichen (1) *Depressive Symptomatik* (12 Items), (2) *Unsicherheit* (12 Items), (3) *Körperliche Beeinträchtigung* (12 Items) und (4) *Ängste* (8 Items) zugeordnet werden können. Diese vier Bereiche könnten das sensitivste Maß zur Erfassung der Veränderung darstellen, besonders aufgrund der sechs-stufigen Likert-Skalierung mit den Ausprägungen 1=gar nicht, 2=selten, 3=ab und zu, 4=oft, 5=sehr oft und 6=immer. Die vier Hauptbereiche psychischer Belastung werden durch den Fragebogen zur Erfassung von psychiatrisch relevanten Verhaltensweisen und Emotionen (FEVE) welcher zentrale Bestimmungsstücke des ICD-10 (Dilling & Freyberger, 2008) erfasst, ergänzt. Mit dem FEVE werden Aggressivität und der Umgang mit Gefühlen erfasst, da diese vor allem im Zusammenhang mit Substanzmissbrauch aber auch mit psychischen Erkrankungen selbst stehen (Steinert & Bergk, 2008). Der FEVE erfasst mit 27 Items die Skalen (1) *Emotionalität* (11 Items), (2) *Gehemmtheit* (5 Items), (3) *Aggressionspotential* (5 Items), (4) *Zwangshandlungen und Zwangsgedanken* (4 Items) sowie (5) *Suizidalität* (2 Items).



### 7.2.2 Interpersonale Verhaltensweisen

Im deutschen Sprachraum hat sich der gemeinsame Einsatz der SCL-90-R (Franke, 2002) und des Inventars zur Erfassung interpersonaler Probleme (Horowitz et al., 2000) zur Therapieevaluation bewährt (exemplarisch: Franke et al., 2005; Haase et al., 2008). Haase et al. (2008) konnten nachweisen, dass sich interpersonale Probleme im Rahmen einer stationären Psychotherapie verändern lassen. Insbesondere die Veränderungen der interpersonalen Verhaltensweisen innerhalb der ersten vier Behandlungswochen sind für den Behandlungserfolg entscheidend.

Die Entwicklung des Fragebogen zur Erfassung interpersonaler Verhaltensweisen (FEIV) wurde durch das Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme inspiriert (Horowitz et al., 2000) und ist reduziert auf Kernbereiche der interpersonalen Verhaltensweisen, die von psychiatrischen Patienten angegeben werden. Der FEIV enthält Items mit konkretem „Ich“ Bezug, vermeidet lange Aussagen und wurde speziell für Patienten der Psychiatrie entwickelt. Er erfasst mit 30 Items die vier Dimensionen: (1) *Extraversion* (9 Items), (2) *Unterwürfiges Verhalten* (8 Items), (3) *Dominantes und autoritäres Verhalten* (7 Items) sowie (4) *Fürsorgliches Verhalten* (6 Items).

### 7.2.3 Soziale Unterstützung

Knoll und Kienle (2007) sowie Lischka, Popien und Linden (2005) geben einen Überblick zu deutschsprachigen Instrumenten zur Erfassung der sozialen Unterstützung. Daraus wird ersichtlich, dass einige Instrumente existieren und vor allem die Wahrnehmung der sozialen Unterstützung eine entscheidende Rolle spielt. Eine aktuelle Analyse des Fragebogens zur Sozialen Unterstützung bei Studierenden hat aufgezeigt, dass Belastungen, die von sozialer Unterstützung ausgehen nicht vernachlässigt werden sollten (Jäger & Franke, 2010). In Anlehnung an diese Ergebnisse wurde der Fragebogen zur sozialen Unterstützung in Alltagssituationen (FUSA) speziell für Psychiatrie-Patienten vollständig neu entwickelt.

Der FUSA wird im Therapieverlauf eingesetzt, da sich vermutlich die Wahrnehmung des Patienten in Bezug auf die Unterstützung ändert. Er umfasst 36 Items auf einer sechstufigen Antwortskala von 1=gar nicht bis 6=immer und sechs Skalen. Es werden positive Effekte sozialer Unterstützung wie (1) *Emotionale und praktische Unterstützung* (12 Items), (2) *Zusammenhalt und gegenseitige Hilfe* (6 Items) sowie (3) *Soziale Unterstützung durch Freunde und Bekannte* (5 Items), negative Effekte in Form von (4) *Belastungen durch Freunde* (4 Items) und (5) *Belastungen durch Verwandte* (5 Items) sowie (6) *das Bedürfnis nach sozialer Unterstützung* (4 Items) erfasst.

### 7.3 Untersuchungsablauf

Der erste Testentwurf lag bereits Ende 2008 vor und wurde zunächst im Rahmen von Simulationsstudien geprüft. Mit Hilfe von Fall-Vignetten versetzten sich Studierende der Rehabilitationspsychologie in Psychiatrie-Patienten und beantworteten aus deren und aus Therapeutensicht die Fragen. Nach einigen Modifikationen und Optimierungen konnte im April 2009 die PC-Anwendung in den Projektkliniken starten. In Schulungen wurden die Anwender der Projektkliniken sowohl über die theoretischen Hintergründe und als auch die praktische Anwendung von SATEP informiert. Parallel dazu liefert das regelmäßig aktualisierte SATEP Handbuch (Franke & Jäger, 2010) weiterführende Hinweise zur Testinterpretation und Beurteilung der Testergebnisse. Seit April 2009 wird SATEP angewendet und die Anzahl der teilnehmenden Projektstationen wurde in Abhängigkeit vom Datenrücklauf erweitert. Die Fallzahlen zum 31.12.2010 werden als Grundlage für die Überprüfung des ersten Testentwurfs der Kerninstrumente genutzt. Eine Überprüfung konnte zu einem früheren Zeitpunkt auf Grund zu geringer Fallzahlen ( $N < 1.000$ ) nicht umgesetzt werden.

### 7.4 Auswertungsschritte

Die Auswertung und Durchführung der psychometrischen Analysen erfolgt in Anlehnung an die Stufen der Testkonstruktion nach Bühner (2006). Notwendige Voraussetzung zur Überprüfung des Testentwurfes ist eine ausreichend große Stichprobe von Personen der Zielgruppe, d.h. für diese Arbeit Psychiatrie-Patienten. Es erfolgen zunächst umfangreiche Analysen der Itemverteilung und der Skalen, bevor die Itemselektion erfolgt. Im Rahmen der Verteilungsanalysen gemäß Kelava und Moosbrugger (2007) sollte die Itemschwierigkeit, die -varianz und die -trennschärfe in Kombination mit der Analyse der Testwertverteilung, das heißt Boden- und Deckeneffekte, Mittelwerte sowie -schiefe, betrachtet werden. Die Itemselektion sollte schließlich auf Basis der Itemschwierigkeit, -varianz und -trennschärfe erfolgen. Im Anschluss an Itemanalysen sollten Skalenanalysen mit Fokus auf der Reliabilität (Schermelleh-Engel & Werner, 2007) und Validität (Hartig, Frey & Jude, 2007) folgen.

Aus einer empirischen Analyse von Routinedaten leiten Böhnke und Lutz (2010) Kriterien für die Entwicklung und Itemauswahl veränderungssensitiver Items ab. Diese Items sollten in erster Linie inhaltlich begründet sein und ein Konstrukt sollte stets über mehr als ein Item abgebildet werden. Weiterhin sollte das Item keine Decken- oder Bodeneffekte zeigen und sich in hypothesenkonformer Weise im Verlauf der Intervention verändern. Die Items sollten eine gute Kriteriumsvalidität aufweisen und zwischen verschiedenen Gruppen trennen.

Für die hier vorliegende Arbeit werden änderungssensitive Skalen für die stationäre psychiatrische Versorgung benötigt. Aus diesem Grund werden folgende Auswertungsschritte festgelegt (vgl. Tabelle 7). Zunächst folgen umfangreiche

Berechnungen der **Itemstatistik**. In der Patientenstichprobe und deren Teilstichproben sowie der Bevölkerungsstichproben und der Teilstichprobe mit Messwiederholung werden jeweils Mittelwerte, Standardabweichung, der Anteil von Missing Data, die absolute und relative Häufigkeit der Itemantworten, die Schiefe, die Trennschärfe und der Schwierigkeitsindex der Items bestimmt. Es folgt die Ersetzung fehlender Daten durch den gerundeten Itemmittelwert der Stichprobe. Alle Personen mit mehr als 5% fehlender Itemantworten in dem Konstrukt werden ausgeschlossen. Auf Grund dieser Prozedur kommt es zu einer geringfügigen Reduktion der Patientenstichprobe pro Konstrukt. Anschließend folgen Berechnungen zur **Skalenstatistik**. Zunächst werden die theoretisch postulierten Skalen ermittelt. Eine explorative Faktorenanalyse in der Zufallsstichprobe A dient der Ableitung neuer Skalen. In der Zufallsstichprobe B erfolgt die konfirmatorische Überprüfung der theoretischen und empirischen Skalen. Es werden jeweils Mittelwerte, Standardabweichung, Range, Normalverteilung und Reliabilität der Skalen geprüft. Im Rahmen der **Reliabilitätsanalyse** werden für die Patientenstichprobe und die Bevölkerung die interne Konsistenz der Skalen und die Itemtrennschärfen bestimmt. Im Rahmen der **Validitätsanalyse** werden die Konstrukt- und die differentielle Validität geprüft.

Tabelle 7

*Auswertungsplan mit Kriterien zur Ergebnisbeurteilung*

Inhalt	Bewertung/Interpretation der Ergebnisse
<b>1. Itemstatistik</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mittelwert, Standardabweichung</li> <li>• Häufigkeitsverteilung</li> <li>• Boden- und Deckeneffekte</li> <li>• Anteil fehlender Itemantworten</li> <li>• Schwierigkeitsindex</li> <li>• Trennschärfe</li> <li>• Schiefe</li> </ul>	<p>Im Rahmen der Itemanalyse werden Items ausgeschlossen, auf die eines der folgenden Kriterien zutrifft:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteil fehlender Itemantworten &gt; 5%</li> <li>• Schwierigkeitsindex (<math>P_i</math>) &lt;20 bzw. &gt;80</li> <li>• Trennschärfe (<math>r_i</math>) &lt;,30</li> </ul> <p>Sollte ein Item als inhaltlich relevant bewertet werden, wird es auch bei schlechten Kennwerten beibehalten.</p>
<b>2. Skalenstatistik</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• faktorielle Validität</li> <li>• Mittelwert, Standardabweichung, Range</li> <li>• Skaleninterkorrelationen</li> </ul>	<p>Mittels explorativer Faktorenanalysen erfolgt die Prüfung der theoretischen Skalenstruktur. Es werden neue Skalen abgeleitet, die inhaltlich überzeugen und bei denen die Faktorladungen mindestens &gt;,50 ausfallen. Ziel der Skalenoptimierungen sind homogene und deutlich gekürzte Faktoren. Anschließend werden sowohl die theoretisch als auch die empirisch ermittelten Skalen in beiden Stichproben analysiert (Kreuzvalidierung), d.h. deskriptiv beurteilt und konfirmatorisch bewertet. Bei den Skaleninterkorrelationen werden niedrige bis mittlere Zusammenhänge erwartet.</p>

*Fortsetzung*

Inhalt	Bewertung/Interpretation der Ergebnisse
<b>3. Reliabilität</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>interne Konsistenz</li> <li>Retest-Reliabilität</li> <li>Trennschärfen</li> </ul>	Im Rahmen der Reliabilitätsanalyse werden Items ausgeschlossen, deren Trennschärfe kleiner als ,30 ist und eine Reduktion der internen Konsistenz zur Folge haben. Ziel sind gute bis sehr gute interne Konsistenzen ( $\alpha > ,90$ ).
<b>4. Validität</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Differentielle Validität</li> <li>Konstruktvalidität</li> </ul>	Die Berechnung der differentiellen Validität soll Unterschiede der Merkmalsausprägung bei den Patienten und den Personen der Bevölkerung aufzeigen. Weiterhin werden sowohl Alters- als auch Geschlechtseffekte erwartet. Zur Ermittlung der Konstruktvalidität werden korrelative Zusammenhänge zu bereits etablierten Verfahren bzw. zur Fremdbeurteilung ermittelt. Es werden dabei niedrige bis mittlere Zusammenhänge bei konstrukt nahen Verfahren erwartet.

Besonders für die klinische Praxis sind kurze, reliable und valide Instrumente notwendig, die sich zur wiederholten Anwendung und Erfassung von Therapieveränderungen eignen. Das Ziel der psychometrischen Analysen dieser Arbeit ist daher eine deutliche Kürzung und Optimierung der eingesetzten Fragebögen. Die Item-Anzahl sollte sich insgesamt und für jedes Konstrukt separat durch die empirisch ermittelten Skalen deutlich reduzieren. Gleichzeitig wird die Erhöhung der internen Konsistenz gegenüber den theoretisch postulierten Skalen angestrebt. Weiterhin sollten die Mittelwerte der optimierten Skalen zwischen den Patienten und der Bevölkerung trennen und eine gute Konstruktvalidität durch mittlere korrelative Zusammenhänge zu konstrukt nahen etablierten Fragebögen aufweisen.

## 8 Ergebnisse

Die Ergebnisse werden hierarchisch gemäß den Auswertungsschritten und nach den Konstrukten – psychische Belastung, interpersonale Verhaltensweisen und soziale Unterstützung – getrennt dargestellt. Zunächst wird ausführlich auf die Itemstatistik eingegangen. Anschließend folgen Befunde zur Skalenstatistik, bevor Nachweise der Reliabilität und Validität dargestellt werden.

### 8.1 Psychische Belastung

Für SATEP wurden zur Erfassung der psychischen Belastung zwei Fragebogenkomplexe konstruiert. Der FEB erfasst mit 44 Items die Belastung des Patienten in einem Zeitfenster von sieben Tagen in den vier relevanten Bereiche (1) *Depressive Symptomatik* (12 Items), (2) *Unsicherheit* (12 Items), (3) *Körperliche Beeinträchtigung* (12 Items) und (4) *Ängste* (8 Items). Der FEVE erfasst mit 27 Items vier spezifische Bereiche von psychiatrischen Beschwerden: (1) *Emotionalität* (11 Items), (2) *Gehemmtheit* (5 Items), (3) *Aggressionspotential* (5 Items), (4) *Zwangshandlungen und Zwangsgedanken* (4 Items) sowie zwei *Zusatzfragen* zur Suizidalität.

Die nachfolgenden Analysen ermitteln zunächst die Güte der einzelnen Items. Anschließend wird die faktorielle Validität geprüft und neue Skalen unter der Maßgabe einer hohen Effektivität und Ökonomie bei gleichzeitig hoher Reliabilität und Validität ermittelt.

#### 8.1.1. Itemstatistik

Die Itemanalysen erfolgten getrennt in den einzelnen Stichproben und pro Verfahren (siehe Anhang). Von insgesamt 1.604 Patienten liegen **FEB** Daten mit einer Gesamt-Missing-Quote von 0,4% vor. Bei 13 der 44 FEB Items entfielen mehr als 40% der Antworten in die Antwortkategorie „gar nicht“ (vgl. Tabelle A-59 im Anhang). Die Trennschärfen lagen in der Patientenstichprobe alle im mittleren bis hohen Bereich ( $r_i > ,30$ ). Die Itemschwierigkeit ist hingegen bei vier Items zu schwer ( $P_i < 20$ ). Die komplette Itemanalyse für die Patientenstichprobe ist in Tabelle 8 nach den theoretischen Skalen gruppiert dargestellt.

Tabelle 8

*Itemanalyse FEB in der Patientenstichprobe (44 Items, N=1.604)*

Nr	Iteminhalt	Missing	M (SD)	Schiefe	$r_i$	$P_i$
	„Ich war in den vergangenen sieben Tagen bis heute beeinträchtigt durch ...“					
	<b>Depressive Symptomatik (DEPR; 12 Items)</b>					
36	Verzweiflung, wenn ich an die Zukunft denke	5 (0,3%)	3,78 (1,6)	-0,26	,663	56
1	Niedergeschlagenheit	12 (0,7%)	3,55 (1,3)	-0,16	,657	51
33	Vorwürfe gegen mich selbst	7 (0,4%)	3,53 (1,6)	-0,13	,647	51
21	Schwierigkeiten mich zu konzentrieren	4 (0,2%)	3,48 (1,4)	-0,08	,669	50
25	das Gefühl, dass alles mühsam ist	6 (0,4%)	3,33 (1,5)	-0,02	,714	47

Fortsetzung

Nr	Iteminhalt	Missing	M (SD)	Schiefe	r <sub>i</sub>	P <sub>i</sub>
39	Kraftlosigkeit sowohl im Denken als auch im Bewegen	11 (0,7%)	3,28 (1,5)	0,03	,722	46
42	Entscheidungsschwierigkeiten	7 (0,4%)	3,28 (1,5)	0,04	,671	46
17	ein Gefühl der Einsamkeit, selbst in der Gegenwart von anderen Menschen	11 (0,7%)	3,11 (1,6)	0,14	,650	42
29	Interessenlosigkeit	3 (0,2%)	3,11 (1,5)	0,17	,652	42
13	das Gefühl, nichts anpacken zu können	6 (0,4%)	3,08 (1,5)	0,17	,699	42
9	das Gefühl, nichts wert zu sein	3 (0,2%)	3,00 (1,7)	0,25	,730	40
5	ein Gefühl der Minderwertigkeit anderen gegenüber	6 (0,4%)	2,84 (1,6)	0,37	,719	37
<b>Unsicherheit (UNSI, 12 Items)</b>						
22	Misstrauen gegenüber anderen Personen	1 (0,1%)	2,91 (1,5)	0,37	,630	38
34	Anschaungen, mit denen ich alleine dastehe	13 (0,8%)	2,76 (1,5)	0,41	,619	35
14	das Gefühl, dass andere Personen kein Verständnis zeigen	2 (0,1%)	2,76 (1,4)	0,37	,634	35
2	ein unangenehmes Gefühl, wenn ich beobachtet werde oder wenn über mich geredet wird	15 (0,9%)	2,75 (1,5)	0,46	,655	35
43	den Gedanken, für meine Fehler bestraft zu werden	5 (0,3%)	2,67 (1,6)	0,54	,574	33
37	die Tendenz, gehäuft in Diskussionen und Streitgespräche zu geraten	8 (0,5%)	2,62 (1,5)	0,59	,542	32
10	den Eindruck, dass andere Personen mich beobachten oder über mich reden	5 (0,3%)	2,58 (1,5)	0,61	,660	32
6	den Eindruck, dass andere Personen mich nicht mögen	6 (0,4%)	2,53 (1,4)	0,61	,648	31
18	die geringe Wertschätzung meiner Leistungen durch andere	10 (0,6%)	2,53 (1,4)	0,62	,678	31
26	das Gefühl, dass andere Personen mich ausbeuten würden, wenn ich es gestatte	6 (0,4%)	2,39 (1,5)	0,77	,586	28
40	die Angst, überführt zu werden	14 (0,9%)	1,91 (1,3)	1,41	,532	<b>18</b>
30	die Auffassung, dass andere Personen meine intimsten Gedanken kennen	13 (0,8%)	1,77 (1,2)	1,69	,495	<b>15</b>
<b>Körperliche Beeinträchtigung (KÖRP, 12 Items)</b>						
35	einen veränderten Schlafrhythmus	7 (0,4%)	3,38 (1,6)	-0,03	,498	48
41	Sorgen um meinen körperlichen Zustand	2 (0,1%)	3,31 (1,5)	0,05	,466	46
15	Verspannungen oder Verhärtungen der Muskeln (z.B. Muskelkater)	3 (0,2%)	2,94 (1,6)	0,31	,497	39
3	Kraftlosigkeit in den Gliedmaßen	7 (0,4%)	2,93 (1,4)	0,29	,610	39
38	Rückenschmerzen	5 (0,3%)	2,88 (1,7)	0,41	,444	38
11	Herzrasen oder unruhigen Herzschlag	3 (0,2%)	2,67 (1,4)	0,40	,544	33
7	Arme und Beine, die sich anfühlen, als wären sie aus Blei	4 (0,2%)	2,61 (1,5)	0,53	,597	32
44	Kopfwahl	7 (0,4%)	2,57 (1,5)	0,60	,495	31
23	Schwindelanfälle oder das Gefühl, ohnmächtig zu werden	4 (0,2%)	2,13 (1,3)	0,97	,567	23
27	Brechreiz oder Magenbeschwerden	2 (0,1%)	2,07 (1,4)	1,09	,496	21
19	Schmerzen in Herz oder Brust	7 (0,4%)	2,07 (1,3)	1,10	,525	21
31	Atemschwierigkeiten	6 (0,4%)	1,98 (1,2)	1,19	,483	20
<b>Ängste (ANGS, 8 Items)</b>						
28	generelle Ängstlichkeit oder Furcht	4 (0,2%)	2,82 (1,6)	0,40	,670	36
24	die Vermeidung angstauslösender Situationen	13 (0,8%)	2,61 (1,5)	0,57	,667	32
4	Angstgefühle, wenn ich auf Plätzen oder Straßen unterwegs bin	7 (0,4%)	2,28 (1,5)	0,91	,653	26
16	Panikattacken	4 (0,2%)	2,26 (1,4)	0,84	,616	25
8	Angstgefühle, wenn ich alleine das Haus verlasse	8 (0,5%)	2,20 (1,5)	1,01	,629	24
20	die Befürchtung, in große Menschenmengen zu geraten (z.B. in einem Kaufhaus)	5 (0,3%)	2,11 (1,5)	1,17	,625	22
12	Unwohlsein und Sorgen bei Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln (z.B. Bus, Bahn)	5 (0,3%)	1,92 (1,4)	1,45	,539	<b>18</b>
32	die Befürchtung, in der Öffentlichkeit das Bewusstsein zu verlieren	8 (0,5%)	1,66 (1,2)	1,89	,480	<b>13</b>

*Anmerkungen.* Relevante Kenngrößen (Missings > 5%, r<sub>i</sub> < .30 und P<sub>i</sub> < .20 und > .80) sind hervorgehoben. Zur besseren Übersicht sind die Items zusätzlich hierarchisch pro Skala nach der Höhe der Symptom-Belastung geordnet.

Die Ergebnisse aller Itemanalysen für den FEB sind in Tabelle 9 zusammengefasst, die vollständige Darstellung der Itemanalysen für alle Stichproben findet sich im Anhang in den Tabelle A-59 bis A-64. Tabelle 9 ist zu entnehmen, dass die Missing-Quote im FEB mit max. 0,6% in den Patientenstichproben sehr gering ist. In der Bevölkerung ist der Anteil von Items

mit mehr als 40% aller Antworten in einer Antwortkategorie (vor allem „1=gar nicht“) erwartungsgemäß sehr hoch. Die FEB Items haben innerhalb der Patientenstichproben eine sehr gute Trennschärfe ( $r_i > ,30$ ). Über alle Stichproben hinweg zeigten die Items 30 und 32 schlechte Werte in Bezug auf den Schwierigkeitsindex ( $P_i < 20$ ). Während in der Stichprobe der Suchttherapie 13 Items schlechte Trennschärfen aufwiesen waren es bei den Patienten der Allgemeinen Psychiatrie zwei und in der Psychosomatik/Psychotherapie drei Items. Auf Basis der Ergebnisse der gesamten Patientenstichprobe werden daher in den weiteren Analysen des FEB die Items 12, 30, 32 und 40 ausgeschlossen.

Tabelle 9

*Zusammenfassung der FEB Itemanalysen*

Stichprobe	N	%-Anteil an Missings	$r_i < ,30$	$P_i < 20$ oder $> 80$
<b>Patientenstichprobe</b>	1.604	0,4%	keines	<b>4 von 44 Items mit <math>P_i &lt; 20</math></b> 12, 30, 32, 40
<b>Allgemeine Psychiatrie</b>	762	0,4%	keines	<b>2 von 44 Items mit <math>P_i &lt; 20</math></b> 30, 32
<b>Suchttherapie</b>	424	0,6%	keines	<b>13 von 44 Items mit <math>P_i &lt; 20</math></b> 4, 8, 12, 16, 19, 20, 23, 24, 27, 30, 31, 32, 40
<b>Psychosomatik/Psychotherapie</b>	418	0,2%	keines	<b>3 von 44 Items mit <math>P_i &lt; 20</math></b> 30, 32, 40
<b>Bevölkerung</b>	1.278	0,5%	keines	<b>34 von 44 Items mit <math>P_i &lt; 20</math></b>
<b>Retest Studierende</b>	171	0,9%	<b>3 von 44 Items:</b> 8, 20, 27	<b>32 von 44 Items mit <math>P_i &lt; 20</math></b>

*Anmerkung:* Die vollständigen Itemanalysen finden sich im Anhang Tabellen A-59 bis A-64.

Für den **FEVE** sind die vollständigen Itemanalysen im Anhang den Tabellen A-65 bis A-70 zu entnehmen. Die komprimierte **FEVE** Itemanalyse für die Patientenstichprobe ist in Tabelle 10 dargestellt. Von insgesamt 1.551 Patienten liegen Antworten zum FEVE mit einer Missing-Quote von 0,4% vor. In der Patientenstichprobe überzeugten vor allem die Itemtrennschärfen. Bei acht Items entfielen mehr als 40% aller Antworten auf eine Antwortkategorie. Bei sechs der 27 Items ergab sich weiterhin ein Schwierigkeitsindex von kleiner als 20.

Tabelle 10

## Itemanalyse FEVE Patientenstichprobe (28 Items, N=1.551)

Nr	Item	Missing	M (SD)	Schiefe	r <sub>i</sub>	P <sub>i</sub>
	„Ich war in den vergangenen sieben Tagen bis heute beeinträchtigt durch ...“					
	<b>Emotionalität (EMO, 11 Items)</b>					
2	Unruhe und Stress	1 (0,1%)	3,75 (1,4)	-0,32	,633	55
14	ein Gefühl der Aufregung und Spannung	5 (0,3%)	3,51 (1,3)	-0,14	,630	50
20	Probleme mich zu konzentrieren, da ständig quälende Gedanken aufkommen	8 (0,5%)	3,44 (1,5)	-0,07	,722	49
18	ein ständiges Kummergefühl	6 (0,4%)	3,29 (1,5)	0,02	,676	46
23	Gedanken und Ideen, die mir nicht mehr aus dem Sinn gehen	7 (0,5%)	3,19 (1,5)	0,11	,597	44
13	die Verwundbarkeit meiner Gefühle	3 (0,2%)	3,13 (1,4)	0,16	,677	43
1	den Drang zu weinen	0 (0%)	3,05 (1,5)	0,15	,508	41
24	ein Gefühl der ständigen Rastlosigkeit	7 (0,5%)	2,90 (1,5)	0,36	,644	38
7	den Verlust der Kontrolle über die eigenen Gefühle	6 (0,4%)	2,76 (1,5)	0,39	,701	35
19	den Eindruck, einen Kloß im Hals zu haben	6 (0,4%)	2,58 (1,4)	0,53	,613	32
8	Erzittern	6 (0,4%)	2,28 (1,4)	0,77	,537	26
	<b>Gehemmtheit (GEH, 5 Items)</b>					
5	Unbehagen, wenn andere Personen über mich sprechen	4 (0,3%)	2,58 (1,4)	0,62	,632	32
17	das Gefühl, keine Nähe zu anderen Personen zu empfinden	6 (0,4%)	2,43 (1,4)	0,76	,582	29
11	Unbehagen, wenn andere Personen mich ansehen	4 (0,3%)	2,40 (1,3)	0,77	,630	28
27	Schüchternheit im Umgang mit Personen des anderen Geschlechts	11 (0,7%)	2,26 (1,4)	0,94	,459	25
22	unangenehme Gefühle beim Essen in der Öffentlichkeit	7 (0,5%)	2,07 (1,4)	1,23	,569	21
	<b>Aggressionspotential (AGG, 5 Items)</b>					
21	den Drang, laut zu schreien	7 (0,5%)	2,11 (1,4)	1,08	,576	22
4	den Wunsch, Gegenstände zu zerstören oder zu zünden	4 (0,3%)	1,53 (1,1)	2,21	,466	11
26	den Drang, mit Gegenständen zu werfen	6 (0,4%)	1,48 (1,0)	2,40	,454	10
10	den Wunsch, anderen Personen Schaden zuzufügen	4 (0,3%)	1,29 (0,7)	3,13	,337	6
16	das Bedürfnis, Personen zu verletzen	5 (0,3%)	1,27 (0,8)	3,53	,322	5
	<b>Zwangshandlungen und -gedanken (ZWAN, 4 Items)</b>					
9	den Zwang, alles bedächtig langsam zu tun, um keine Fehler zu machen	9 (0,6%)	2,57 (1,4)	0,54	,511	31
3	das Bedürfnis, immer und immer wieder etwas zu überprüfen	1 (0,1%)	2,52 (1,4)	0,68	,526	30
25	einen enormen Zeitaufwand, Alltagshandlungen (z.B. Frühstück) durchzuführen	8 (0,5%)	2,35 (1,4)	0,82	,539	27
15	Zwangshandlungen wie ständiges Zählen von Dingen oder ständiges Waschen	7 (0,5%)	1,58 (1,1)	2,06	,423	12
	<b>Suizidalität (SUIZID, 2 Items)</b>					
12	Gedanken an den Tod und das Sterben	5 (0,3%)	2,32 (1,5)	0,88	,571	26
6	Gedanken an Suizid	9 (0,6%)	1,85 (1,3)	1,47	,558	17

Anmerkungen. Relevante Kenngrößen (Missings > 1%, r<sub>i</sub> < ,30 und P<sub>i</sub> < 20 und > 80) sind hervorgehoben. Zur besseren Übersicht sind die Items zusätzlich hierarchisch pro Skala nach der Höhe der Symptom-Belastung geordnet.

Eine Zusammenfassung der Itemanalysen über alle Stichproben ist Tabelle 11 zu entnehmen. Aus dieser geht hervor, dass die Missing-Quote der FEVE Items insgesamt sehr niedrig ist und die Itemtrennschärfe über alle Stichproben gut ausfällt (r<sub>i</sub> > ,30). In der Stichprobe der Suchttherapie fielen die Kennwerte der FEVE Items am schlechtesten aus. Insgesamt 11 der 27 Items wiesen dabei einen Schwierigkeitsindex von kleiner als 20 auf und die Missing-Quote war mit 1% am höchsten. Konsistent erzielten die Items 4, 10, 15, 16 und 26 in allen Patientenstichproben sowie in der Bevölkerung schlechte Werte in Bezug auf den Schwierigkeitsindex. Diese fünf Items werden daher aus den nachfolgenden Analysen



ausgeschlossen. In der Patientenstichprobe wies ebenfalls das Item 6 „Gedanken an Suizid“ einen schlechten Schwierigkeitsindex auf. Auf Grund seiner inhaltlichen Relevanz wird das Item jedoch weiterhin beibehalten und geht in die nachfolgenden Analysen mit ein.

Tabelle 11

*Zusammenfassung der FEVE Itemanalysen*

Stichprobe	N	%-Anteil an Missings	$r_i < ,30$	$P_i < 20$ oder $> 80$
<b>Patientenstichprobe</b>	1.551	0,4%	keines	<b>6 von 27 Items mit <math>P_i &lt; 20</math></b> 4, 6, 10, 15, 16, 26
<b>Allgemeine Psychiatrie</b>	736	0,2%	keines	<b>5 von 27 Items mit <math>P_i &lt; 20</math></b> 4, 10, 15, 16, 26
<b>Suchttherapie</b>	406	1,0%	keines	<b>11 von 27 Items mit <math>P_i &lt; 20</math></b> 4, 6, 8, 10, 12, 15, 16, 21, 22, 26, 27
<b>Psychosomatik/Psychotherapie</b>	409	0,1%	keines	<b>6 von 27 Items mit <math>P_i &lt; 20</math></b> 4, 6, 10, 15, 16, 26
<b>Bevölkerung</b>	1.278	0,7%	keines	<b>24 von 27 Items mit <math>P_i &lt; 20</math></b>
<b>Retest Studierende</b>	171	1,3%	keines	<b>23 von 27 Items mit <math>P_i &lt; 20</math></b>

*Anmerkung.* Die vollständigen Itemanalysen finden sich im Anhang Tabellen A-65 bis A-70.

Im Anschluss an die Itemanalysen erfolgte die Ersetzung fehlender Item-Antworten durch den Itemmittelwert. Dabei wurde der geringe Anteil fehlender Antworten jeweils durch den Mittelwert der Teilstichprobe (Allgemeine Psychiatrie, Suchttherapie oder Psychosomatik/Psychotherapie) ersetzt. Die Ersetzung fehlender Werte in der Bevölkerungsstichprobe erfolgte separat und ebenfalls durch die Ersetzung des Itemmittelwerts.

### 8.1.2 Skalenstatistik

Über die FEB und FEVE Items erfolgten zunächst getrennt explorative Faktorenanalysen zur Prüfung der faktoriellen Validität. Anschließend erfolgt eine gemeinsame Faktorenanalyse über die FEB und FEVE Items.

In die Analyse des **FEB** gingen 40 der 44 Items ein. Die Haupt-Komponenten-Analyse (PCA) mit Varimax Rotation wurde im generierten Zufallsdatensatz A bei 825 Patienten durchgeführt, um später im Zufallsdatensatz B die konfirmatorische Prüfung zur Kreuzvalidierung vorzunehmen. Die Kommunalitäten der Items lagen alle im mittleren Bereich ( $0,30 > h^2 < ,80$ ). Initial ergab sich auf Grund des Eigenwerteverlaufs ( $\lambda=16,4; 2,9; 1,9; 1,5; 1,3$ ) eine fünf Faktorenlösung mit 60% Varianzaufklärung. Dem Scree-Test (vgl. Abbildung A-13 im Anhang) zufolge ist eine ein bzw. fünf Faktoren Lösung zu bevorzugen. Mit der 5-Faktorenlösung gelingt die Replikation der vier theoretischen Skalen, wobei die Skala Körperliche Beschwerden zusätzlich in Beschwerden der inneren Medizin und Beschwerden der Orthopädie getrennt werden kann. Bei der 3-Faktorenlösung misslingt

hingegen die Trennung von Unsicherheit und Depressivität, so dass inhaltlich die 4-Faktorenlösung bevorzugt wird. Die 4-Faktorenlösung hat eine Varianzaufklärung von 57% und trennt gut die vier theoretischen Skalen (vgl. Tabelle 12). Ausgehend von Faktor 3 mit sieben Faktorladungen von größer als ,50 werden pro Faktor die ersten sieben Items zur Skalenlösung ausgewählt. So ergeben sich die vier Skalen Unsicherheit, Depressive Symptomatik, Ängste und Körperliche Beschwerden mit insgesamt 28 Items. Die Itemanzahl des FEB kann somit bei inhaltlich sinnvollen Skalen von 44 auf 28 reduziert werden.

Tabelle 12

*Faktorenanalyse FEB, Zufallsstichprobe A (40 Items, n=825), 4er Lösung*

Item	h <sup>2</sup>	Faktoren			
		1	2	3	4
Ich war in den vergangenen sieben Tagen bis heute beeinträchtigt durch					
<b>6 UNSI den Eindruck, dass andere Personen mich nicht mögen</b>	,66	<b>,78</b>			
<b>10 UNSI den Eindruck, dass andere Personen mich beobachten oder über mich reden</b>	,70	<b>,76</b>		,30	
<b>22 UNSI Misstrauen gegenüber anderen Personen</b>	,58	<b>,70</b>			
<b>9 DEPR das Gefühl, nichts wert zu sein</b>	,69	<b>,70</b>	,37		
<b>18 UNSI die geringe Wertschätzung meiner Leistungen durch andere</b>	,60	<b>,68</b>			
<b>43 UNSI den Gedanken, für meine Fehler bestraft zu werden</b>	,50	<b>,67</b>			
<b>26 UNSI das Gefühl, dass andere Personen mich ausbeuten würden, wenn ich es gestatte</b>	,51	<b>,64</b>			
14 UNSI das Gefühl, dass andere Personen kein Verständnis zeigen	,55	,64			
2 UNSI ein unangenehmes Gefühl, wenn ich beobachtet werde oder wenn über mich geredet wird	,58	,63		,32	
5 DEPR ein Gefühl der Minderwertigkeit anderen gegenüber	,64	,62	,39	,30	
34 UNSI Anschauungen, mit denen ich alleine dastehe	,48	,59	,30		
33 DEPR Vorwürfe gegen mich selbst	,59	,59	,46		
37 UNSI die Tendenz, gehäuft in Diskussionen und Streitgespräche zu geraten	,42	,59			
17 DEPR ein Gefühl der Einsamkeit, selbst in der Gegenwart von anderen Menschen	,50	,49	,42		
<b>13 DEPR das Gefühl, nichts anpacken zu können</b>	,70		<b>,71</b>		
<b>25 DEPR das Gefühl, dass alles mühsam ist</b>	,71	,31	<b>,70</b>		
<b>29 DEPR Interessenlosigkeit</b>	,63		<b>,69</b>		
<b>39 DEPR Kraftlosigkeit sowohl im Denken als auch im Bewegen</b>	,74		<b>,65</b>		,47
<b>1 DEPR Niedergeschlagenheit</b>	,61		<b>,63</b>		
<b>21 DEPR Schwierigkeiten mich zu konzentrieren</b>	,57		<b>,61</b>		
<b>36 DEPR Verzweiflung, wenn ich an die Zukunft denke</b>	,57	,46	<b>,57</b>		
42 DEPR Entscheidungsschwierigkeiten	,53	,47	,51		
35 KÖRP einen veränderten Schlafrhythmus	,31		,39		,32
<b>8 ANGS Angstgefühle, wenn ich alleine das Haus verlasse</b>	,73			<b>,78</b>	
<b>4 ANGS Angstgefühle, wenn ich auf Plätzen oder Straßen unterwegs bin</b>	,71			<b>,75</b>	
<b>24 ANGS die Vermeidung angstausslösender Situationen</b>	,69			<b>,70</b>	
<b>16 ANGS Panikattacken</b>	,64			<b>,70</b>	
<b>28 ANGS generelle Ängstlichkeit oder Furcht</b>	,68		,35	<b>,68</b>	
<b>20 ANGS die Befürchtung, in große Menschenmengen zu geraten (z.B. in einem Kaufhaus)</b>	,60			<b>,68</b>	
<b>23 KÖRP Schwindelanfälle oder das Gefühl, ohnmächtig zu werden</b>	,52			<b>,51</b>	,48
11 KÖRP Herzrasen oder unruhigen Herzschlag	,48			,48	,44

*Fortsetzung*

Item	h <sup>2</sup>	Faktoren			
		1	2	3	4
Ich war in den vergangenen sieben Tagen bis heute beeinträchtigt durch					
<b>15 KÖRP Verspannungen oder Verhärtungen der Muskeln (z.B. Muskelkater)</b>	,59				<b>,74</b>
<b>38 KÖRP Rückenschmerzen</b>	,57				<b>,72</b>
<b>7 KÖRP Arme und Beine, die sich anfühlen, als wären sie aus Blei</b>	,55		,36		<b>,60</b>
<b>3 KÖRP Kraftlosigkeit in den Gliedmaßen</b>	,57		,41		<b>,59</b>
<b>44 KÖRP Kopfweh</b>	,43				<b>,57</b>
<b>19 KÖRP Schmerzen in Herz oder Brust</b>	,52			,42	<b>,55</b>
<b>31 KÖRP Atemschwierigkeiten</b>	,45			,37	<b>,54</b>
27 KÖRP Brechreiz oder Magenbeschwerden	,40				,54
41 KÖRP Sorgen um meinen körperlichen Zustand	,33				,45

*Anmerkungen.* Nur fett hervorgehobene Items werden in die neuen Skalen einbezogen. Neben den Item-Nummern wird deren theoretische Skalenzuordnung angegeben: UNSI = Unsicherheit, DEPR = Depressive Symptomatik, ANGS = Ängste und KÖRP = Körperliche Beschwerden.

Durch die explorative Faktorenanalyse konnten die theoretischen Skalen ohne Berücksichtigung von 16 Items repliziert werden, so dass die alten Skalenbezeichnungen beibehalten werden. Die Skalen Depressive Symptomatik und Körperliche Beschwerden umfassen ausschließlich Items, die bereits theoretisch diesen beiden Skalen zugeordnet waren. Die neu ermittelte Skala Unsicherheit enthält neben fünf Items der theoretischen Skala Unsicherheit das Item 9 „... das Gefühl nichts wert zu sein“, welches ursprünglich der Skala Depressivität zugeordnet war. Die Skala Ängste umfasst fünf Items der theoretischen Skala Ängste ergänzt um das Item 23 „... Schwindelanfälle oder das Gefühl, ohnmächtig zu werden“, welches theoretisch der Skala Körperliche Beschwerden zugeordnet war. Diese zwei Veränderungen von der theoretischen zur empirischen Skalenstruktur sind nur geringfügig, inhaltlich nachvollziehbar und überzeugend.

Die Mittelwerte und Standardabweichungen für die theoretischen und die in der Zufallsstichprobe A explorativ ermittelten Skalen können Tabelle 13 entnommen werden. Für die gesamte Patientenstichprobe, die Bevölkerungsstichprobe sowie die Retest-Teilstichprobe der Studierenden erfolgte dabei die deskriptive Beurteilung. Erwartungsgemäß ergaben sich in der Patientenstichprobe jeweils die höchsten Werte auf allen geprüften Skalen. Bei den Patienten ergab sich sowohl in der theoretischen als auch bei den explorativ ermittelten Skalen die höchste Belastung auf der Skala Depressivität, bei der Bevölkerung waren es hingegen körperliche Beschwerden. Eine Prüfung der Skalen mit dem Kolmogorov-Smirnov Test ergab, dass bei keiner der Skalen eine Normalverteilung vorlag.

Tabelle 13

*Skalenanalyse der theoretischen und explorativen FEB Skalen*

Skalenbezeichnung	Items	Patientenstichprobe (N=1.604) M (SD)	Bevölkerung	
			T1 (N=1.278) M (SD)	Retest (n=171) M (SD)
		<b>Theoretische Skalen</b>		
Depressive Symptomatik	12	3,28 (1,2)	1,84 (0,7)	2,02 (0,7)
Unsicherheit	12	2,52 (1,9)	1,73 (0,6)	1,71 (0,6)
Körperliche Beschwerden	12	2,63 (1,0)	1,87 (0,7)	1,75 (0,6)
Ängste	8	2,23 (1,1)	1,26 (0,5)	1,23 (0,4)
Σ FEB-44	44	2,70 (1,1)	1,71 (0,5)	1,72 (0,5)
<b>Explorative Skalen</b>				
Unsicherheit	7	2,66 (1,2)	1,74 (0,7)	1,73 (0,7)
Depressive Symptomatik	7	3,37 (1,2)	1,90 (0,7)	2,10 (0,8)
Ängste	7	2,34 (1,2)	1,29 (0,5)	1,26 (0,4)
Körperliche Beschwerden	7	2,57 (1,0)	1,96 (0,7)	1,82 (0,7)
Σ FEB-28	28	2,74 (1,0)	1,72 (0,6)	1,73 (0,5)

Im Anschluss an die separate Analyse des FEB erfolgte die explorative Prüfung des **FEVE** in der Zufallsstichprobe A bei n=799 Patienten. In die PCA mit Varimax Rotation gingen 22 der 27 FEVE Items ein; 5 Items wurden auf Grund schlechter Gütekriterien ausgeschlossen und ein Item trotz schlechter Gütekriterien wegen inhaltlicher Bedeutsamkeit beibehalten. Die Kommunalitäten der Items lagen alle im mittlerem Bereich ( $0,30 > h^2 < ,80$ ). Der Eigenwerteverlauf ( $\lambda=9,2; 1,4; 1,2$ ) ergab zunächst eine drei Faktorenlösung mit 54% Varianzaufklärung. Die Analyse des Scree-Tests (vgl. Abbildung A-14 im Anhang) ergab eine 1-Faktorenlösung. Während mit der 3-Faktorenlösung eine inhaltlich sinnvolle Differenzierung gelingt, ist dies mit der 2-Faktorenlösung nicht möglich. Zugunsten der Anwendung des FEVE wird daher die inhaltlich überzeugende 3-Faktorenlösung präferiert. Ausgehend vom kleinsten Faktor gehen in die 3-Faktorenlösung (vgl. Tabelle 14) jeweils die fünf Items mit der höchsten Faktorladung ein.

Es ergibt sich daraus eine neue Skalenlösung: (1) Stressbelastung (5 Items), (2) Soziale Unsicherheit (5 Items) und Suizidalität (5 Items). Ausgehend vom Inhalt der fünf Items wurden für die Skalen neuen Bezeichnungen gegenüber der theoretischen Struktur gewählt. Im Rahmen der Itemstatistik wiesen die Items der Skala Aggressionspotential schlechte Kriterien auf, so dass vier der fünf Items von der Faktorenanalyse ausgeschlossen waren. Die explorativ ermittelte Skala Stressbelastung umfasst vier Items der theoretischen Skala Emotionalität sowie ein Item der Skala Zwangshandlungen und -gedanken. Inhaltlich dominieren Stress, Anspannung und Rastlosigkeit, so dass die neue Skalenbezeichnung ausgewählt wurde. Die Skala Soziale Unsicherheit umfasst fünf Items der theoretischen Skala Gehemmtheit. Es wurde eine andere Bezeichnung gewählt, um den erfassten Inhalt

besser darzustellen. Die neue Skala Suizidalität umfasst die zwei theoretischen Items, ergänzt um zwei Items der Skala Emotionalität sowie ein Item der Skala Aggressionspotential. Diese drei Items ergänzen das Konstrukt Suizidalität inhaltlich treffend, so dass die theoretische Skalenbezeichnung beibehalten wird.

Tabelle 14

*Faktorenanalyse FEVE, Zufallsstichprobe A (21 Items, n=722), 3er Lösung*

Item	h <sup>2</sup>	Faktoren		
		1	2	3
Ich war in den vergangenen sieben Tagen bis heute beeinträchtigt durch				
<b>2 EMO Unruhe und Stress</b>	,45	<b>,76</b>		
<b>14 EMO ein Gefühl der Aufregung und Spannung</b>	,61	<b>,72</b>		
<b>20 EMO Probleme mich zu konzentrieren, da ständig quälende Gedanken aufkommen</b>	,67	<b>,68</b>		,40
<b>24 EMO ein Gefühl der ständigen Rastlosigkeit</b>	,54	<b>,66</b>		
<b>3 ZWAN das Bedürfnis, immer und immer wieder etwas zu überprüfen</b>	,43	<b>,58</b>		
18 EMO ein ständiges Kummergefühl	,61	,57		,49
23 EMO Gedanken und Ideen, die mir nicht mehr aus dem Sinn gehen	,45	,57		
8 EMO Erzittern	,37	,52		
13 EMO die Verwundbarkeit meiner Gefühle	,58	,50		,50
9 ZWAN den Zwang, alles bedächtig langsam zu tun, um keine Fehler zu machen	,36	,49		
25 ZWAN einen enormen Zeitaufwand, Alltagshandlungen (z.B. Frühstück) durchzuführen	,41	,48	,41	
19 EMO den Eindruck, einen Kloß im Hals zu haben	,46	,40	,40	
<b>11 GEH Unbehagen, wenn andere Personen mich ansehen</b>	,70		<b>,76</b>	
<b>22 GEH unangenehme Gefühle beim Essen in der Öffentlichkeit</b>	,63		<b>,74</b>	
<b>5 GEH Unbehagen, wenn andere Personen über mich sprechen</b>	,60		<b>,68</b>	
<b>27 GEH Schüchternheit im Umgang mit Personen des anderen Geschlechts</b>	,47		<b>,66</b>	
<b>17 GEH das Gefühl, keine Nähe zu anderen Personen zu empfinden</b>	,50		<b>,60</b>	
<b>6 SUIZID Gedanken an Suizid</b>	,71			<b>,82</b>
<b>12 SUIZID Gedanken an den Tod und das Sterben</b>	,66			<b>,77</b>
<b>7 EMO den Verlust der Kontrolle über die eigenen Gefühle</b>	,58	,47		<b>,53</b>
<b>21 AGGR den Drang, laut zu schreien</b>	,39			<b>,53</b>
<b>1 EMO den Drang zu weinen</b>	,45	,42		<b>,51</b>

*Anmerkungen.* Nur fett hervorgehobene Items werden in die neuen Skalen einbezogen. Neben den Item-Nummern wird deren theoretische Skalenzuordnung angegeben: EMO = Emotionalität, ZWAN = Zwangshandlungen und -gedanken, GEH = Gehemmtheit, AGGR = Aggressionspotential und Suizid = Suizidalität.

Die deskriptive Beschreibung der theoretischen und der explorativ ermittelten FEVE Skalen erfolgt in Tabelle 15. Dabei werden die Skalenmittelwerte und Standardabweichungen für die Patientenstichprobe sowie die Bevölkerungsstichprobe getrennt dargestellt. Erwartungsgemäß berichteten die Patienten eine höhere Belastung als gesunde Personen bzw. Studierende zur Retest-Messung. Die höchste Belastung gaben die Patienten auf der explorativ ermittelten Skala Stressbelastung an. In der Bevölkerungsstichprobe fällt der Mittelwert der Skala Stressbelastung ebenfalls am höchsten aus. Durch die umfassende Itemstatistik und die nachfolgende explorative Faktorenanalyse konnte der FEVE von 27 Items auf 15 Items mit drei Skalen zu je fünf Items reduziert werden.

Tabelle 15

*Skalenanalyse der theoretischen und explorativen FEVE Skalen*

Skalenbezeichnung	Items	Patientenstichprobe (N=1.551)	Bevölkerung	
			T1 (N=1.278)	Retest (n=171)
		M (SD)	M (SD)	M (SD)
Theoretische Skalen				
Emotionalität	11	3,08 (2,3)	1,83 (1,2)	1,97 (1,2)
Gehemmtheit	5	2,35 (2,1)	1,47 (1,3)	1,63 (1,3)
Zwangshandlungen und -gedanken	4	1,54 (1,3)	1,30 (1,2)	1,29 (1,1)
Aggressionspotential	5	2,25 (1,6)	1,53 (1,2)	1,48 (1,2)
Suizidalität	2	2,08 (1,8)	1,31 (1,1)	1,32 (0,5)
Σ FEVE-27	27	2,46 (1,3)	1,59 (1,1)	1,66 (1,1)
Explorative Skalen				
Stressbelastung	5	3,22 (1,1)	2,06 (0,9)	2,23 (0,9)
Soziale Unsicherheit	5	2,35 (1,1)	1,47 (0,6)	1,63 (0,7)
Suizidalität	5	2,42 (1,0)	1,50 (0,7)	1,56 (0,6)
Σ FEVE-15	15	2,66 (0,9)	1,68 (0,6)	1,80 (0,6)

Zum Abschluss der Skalenstatistik erfolgen konfirmatorische Prüfungen der theoretischen und der explorativ ermittelten Skalenstruktur in der Zufallsstichprobe B und in der Bevölkerungsstichprobe. Die konfirmatorische Analyse des FEB ist in Tabelle 16 dargestellt. Dabei zeigt sich, dass die Modell-Fit Kriterien aller Modelle nicht als sehr gut zu bewerten sind. Tendenziell ergibt sich der beste Modell-Fit in der Zufallsstichprobe B der Patienten für die explorativ ermittelten Skalen. Dieses Ergebnis ist als ausreichend zu bewerten und zeigt die Verbesserung der Skalenstruktur gegenüber der theoretischen an.

Tabelle 16

*Konfirmatorische Prüfung der FEB Skalen*

Stichprobe	Modell	$\chi^2$ , df, p	RMSEA	TLI	CFI
Zufall B (n=779)	Theoretische Skalen	$X^2=4720$ ; df=896; $p<0,001$	0,07	0,82	0,81
<u>Zufall B (n=779)</u>	<u>Explorative Skalen</u>	<u><math>X^2=2006</math>; df=344; <math>p&lt;0,001</math></u>	<u>0,08</u>	<u>0,86</u>	<u>0,88</u>
Bevölkerung (N=1.278)	Theoretische Skalen	$X^2=5856$ ; df=896; $p<0,001$	0,07	0,80	0,81
Bevölkerung (N=1.278)	Explorative Skalen	$X^2=2483$ ; df=344; $p<0,001$	0,07	0,84	0,86

*Anmerkungen.* Annahme des Modells bei RMSEA<0,06 sowie TLI und CFI  $\geq 0,95$ . Eine ausführliche Darstellung findet sich im Anhang Tabelle A-58 Das Modell mit den besten Modell-Fit Kriterien ist unterstrichen.

Die Analyse der konfirmatorischen Prüfung der FEVE Skalen ist in Tabelle 17 dargestellt. Der Modell-Fit der getesteten Modelle unterscheidet sich kaum, weder in der Zufallsstichprobe B noch in der Bevölkerung. Die Passung der getesteten Modelle kann insgesamt nur als ausreichend bezeichnet werden. Tendenziell zeigt jedoch wieder das Modell der explorativen Skalen in der Zufallsstichprobe B die beste Modellpassung.

Tabelle 17

*Konfirmatorische Prüfung der FEVE Skalen*

Stichprobe	Modell	$\chi^2$ , df, p	RMSEA	TLI	CFI
Zufall B (n=752)	Theoretische Skalen	$X^2=1462$ ; df=314; $p<0,001$	0,07	0,87	0,88
<u>Zufall B (n=752)</u>	<u>Explorative Skalen</u>	<u><math>X^2=505</math>; df=87; <math>p&lt;0,001</math></u>	<u>0,08</u>	<u>0,89</u>	<u>0,91</u>
Bevölkerung (N=1.278)	Theoretische Skalen	$X^2=2645$ ; df=314; $p<0,001$	0,08	0,84	0,86
Bevölkerung (N=1.278)	Explorative Skalen	$X^2=862$ ; df=87; $p<0,001$	0,08	0,87	0,89

*Anmerkungen.* Annahme des Modells bei RMSEA<0,06 sowie TLI und CFI  $\geq 0,95$ . Eine ausführliche Darstellung findet sich im Anhang Tabelle A-58 Das Modell mit den besten Modell-Fit Kriterien ist unterstrichen.

Zum Abschluss der Skalenstatistik wurden Skaleninterkorrelationen der explorativ ermittelten Skalen für die Patienten- und die Bevölkerungsstichprobe bestimmt. Die **Interkorrelationen** der **FEB** Skalen, vgl. Tabelle 18, fallen dabei in beiden Stichproben hoch bis sehr hoch aus. Während sich explorativ und konfirmatorisch die Skalen trennen lassen, erscheint eine inhaltliche Trennung der erfassten Bereiche Unsicherheit, Depressive Symptomatik, Ängste und Körperliche Beschwerden kaum möglich. Erwartungsgemäß finden sich die höchsten Skaleninterkorrelationen zu dem FEB Gesamtwert. Die Effektstärken der Skaleninterkorrelationen liegen alle im sehr hohen Bereich.

Tabelle 18

*Skaleninterkorrelationen FEB*

Variable		UNSI	DEPR	ANGS	KÖRP	$\Sigma$ FEB-28
<b>UNSI</b>	r (d)	1	,75** (2,27)	,67** (1,81)	,57** (1,39)	,87** (3,53)
<b>DEPR</b>	r (d)	,69** (1,91)	1	,72** (2,08)	,66** (1,76)	<u>,92** (4,69)</u>
<b>ANGS</b>	r (d)	,57** (1,39)	,55** (1,32)	1	,61** (1,54)	,87** (3,53)
<b>KÖRP</b>	r (d)	,51** (1,19)	,58** (1,42)	,50** (1,15)	1	,81** (2,76)
<b><math>\Sigma</math> FEB-28</b>	r (d)	,84** (3,1)	,87** (3,53)	,77** (2,41)	,80** (2,67)	1

*Anmerkungen.* \*\*  $p<0,01$ ;  $d = \frac{2r}{\sqrt{1-r^2}}$ ;  $d \geq 0,2$  = kleiner Effekt,  $d \geq 0,5$  = mittlerer Effekt,  $d \geq 0,8$  = großer Effekt; Der höchste ermittelte Effekt ist unterstrichen.  
Patientenstichprobe oberes Dreieck und Bevölkerungsstichprobe unteres Dreieck.

Für den FEVE sind die Skaleninterkorrelationen in Tabelle 19 dargestellt. Es ergaben sich wiederum sehr hohe Effektstärken, die für einen inhaltlichen Zusammenhang der getesteten drei Subskalen und der Gesamtskala sprechen. Die höchsten Überschneidungen bestehen dabei für die Skala Suizidalität und den Gesamtwert des FEVE sowohl in der Bevölkerung als auch in der Patientenstichprobe.

Tabelle 19

*Skaleninterkorrelationen FEVE*

Variable		Stressbelastung	Soziale Unsicherheit	Suizidalität	Σ FEVE-15
<b>Stressbelastung</b>	r (d)	1	,59** (1,46)	,66* (1,76)	,88** (3,71)
<b>Soziale Unsicherheit</b>	r (d)	,59** (1,46)	1	,57** (1,39)	,84** (3,10)
<b>Suizidalität</b>	r (d)	,68** (1,85)	,62** (1,58)	1	,86** (3,37)
<b>Σ FEVE-15</b>	r (d)	<u>,90** (4,13)</u>	,83** (2,98)	,88** (3,71)	1

Anmerkungen. \*\*  $p < 0,01$ ;  $d = \frac{2r}{\sqrt{1-r^2}}$ ;  $d \geq 0,2$  = kleiner Effekt,  $d \geq 0,5$  = mittlerer Effekt,  $d \geq 0,8$  = großer Effekt;  
 Der höchste ermittelte Effekt ist unterstrichen.  
 Patientenstichprobe oberes Dreieck und Bevölkerungsstichprobe unteres Dreieck.

Durch die explorativen Faktorenanalysen konnte der FEB auf vier Skalen mit insgesamt 28 Items und der FEVE auf 3 Skalen mit insgesamt 15 Items reduziert werden. Bei den konfirmatorischen Analysen wiesen die Modelle mit den explorativ ermittelten Skalen jeweils die besten Modell-Fit Kriterien auf. Die Analyse der Skaleninterkorrelationen zeigte hingegen deutlich an, dass die einzelnen Konstrukte des übergeordneten Konstrukts psychische Belastung nicht gut voneinander zu trennen sind.

### 8.1.3 Reliabilität

In diesem Kapitel wird die Reliabilität jeweils für die theoretischen und die explorativ ermittelten Skalen für den FEB und den FEVE dargestellt. Diese ausführliche Darstellung ermöglicht es, den Einfluss der Kürzung auf die interne Konsistenz und die Retest-Reliabilität darzustellen.

Tabelle 20 ist die interne Konsistenz (Cronbach's  $\alpha$ ) der **FEB** Skalen in der Patientenstichprobe und in der Bevölkerung zu entnehmen. Für die Teilstichprobe der Studierenden wird weiterhin die Retest-Reliabilität dargestellt. Die Kürzung des FEB von 44 auf 28 Items führt nur zu einer geringfügigen Reduzierung der Reliabilität des Gesamtwertes. Bei einer deutlichen Steigerung der Ökonomie des Verfahrens ist der Verlust der Reliabilität nur als sehr gering zu betrachten. Neben der guten Reliabilität zeigte keines der Items bei der Skalenzuordnung schlechte Trennschärften ( $r_i < ,30$ ).

In der Patientenstichprobe liegt die interne Konsistenz aller Skalen weiterhin bei  $\alpha > ,80$  und ist somit als gut bis sehr gut zu bezeichnen. Die explorativ ermittelten Skalen Depressive Symptomatik und Ängste weisen dabei die höchste interne Konsistenz auf. In der Bevölkerungsstichprobe fallen die Koeffizienten insgesamt etwas geringer aus, liegen aber ebenfalls bei  $\alpha > ,80$ . Der Unterschied zwischen den theoretischen und den explorativ ermittelten Skalen-Koeffizienten bleibt jedoch auch in der Bevölkerung gering und spricht somit für die Reduzierung des FEB um 16 Items. Mit  $r_{tt} > ,70$  ist die Retest-Reliabilität als hoch zu bezeichnen. Die Koeffizienten der explorativ ermittelten Skalen reduzieren sich kaum und mit  $r_{tt} = ,76$  ist der Gesamtwert des FEB-28 zeitlich am stabilsten.



Tabelle 20

*Reliabilität der theoretischen und explorativen FEB Skalen*

Skalenbezeichnung	Items	Patientenstichprobe (N=1.604)	Bevölkerung		
			T1 (N=1.278)	Retest (n=171)	
		$\alpha$	$\alpha$	$\alpha$	$r_{tt}$
<b>Theoretische Skalen</b>					
Depressive Symptomatik	12	,94	,88	,92	,78**
Unsicherheit	12	,92	,90	,90	,75**
Körperliche Beschwerden	12	,88	,85	,86	,69**
Ängste	8	,91	,88	,82	,78**
$\Sigma$ FEB-44	44	,96	,95	,95	,79**
<b>Explorative Skalen</b>					
Unsicherheit (UNSI)	7	,89	,84	,84	,70**
Depressive Symptomatik (DEPR)	7	,91	,83	,87	,73**
Ängste (ANGS)	7	,91	,86	,81	,77**
Körperliche Beschwerden (KÖRP)	7	,84	,79	,83	,71**
$\Sigma$ FEB-28	28	,95	,93	,92	,76**

Anmerkung.      \*\*  $p < 0,01$

Im Anschluss an die Reliabilitätsanalyse des FEB folgt die des **FEVE**. In Tabelle 21 sind die Reliabilitätskoeffizienten für den FEVE dargestellt. Die interne Konsistenz (Cronbach's  $\alpha$ ) der explorativ ermittelten Skalen des FEVE liegt in der Patientenstichprobe zwischen  $\alpha=,78$  bis  $\alpha=,83$  und ist als mittelmäßig (vgl. Bühner, 2011) zu bezeichnen. Mit  $\alpha=,90$  fällt der Gesamtwert am höchsten aus und ist als gut zu bewerten. In beiden Stichproben führt die Reduktion des FEVE von 27 auf 15 Items zu geringfügigen Verlusten der Reliabilität. Allerdings führt die homogenere Skalenstruktur in der Bevölkerungsstichprobe gleichzeitig zu deutlich höheren Koeffizienten einzelner Skalen mit gleichzeitig hohen Trennschärfen der Items ( $r_i > ,30$ ). Insgesamt resultiert die Reduzierung der FEVE Items von 27 auf 15 nicht in einem deutlichen Verlust der Reliabilität. Trotz der starken Itemreduktion sinkt die Reliabilität nur geringfügig. Die in der Teilstichprobe Studierender ermittelte Retest-Reliabilität ist weiterhin als befriedigend zu bezeichnen. Mit  $r_{tt}=,58$  erzielte die Skala Suizidalität den niedrigsten Wert der explorativ ermittelten Skalen.

Tabelle 21

*Reliabilität der theoretischen und explorativen FEVE Skalen*

Skalenbezeichnung	Items	Patientenstichprobe (N=1.551)	Bevölkerung		
			T1 (N=1.278)	Retest (n=171)	
		$\alpha$	$\alpha$	$\alpha$	$r_{tt}$
<b>Theoretische Skalen</b>					
Emotionalität	11	,91	,90	,89	,65**
Gehemmtheit	5	,82	,79	,78	,75**
Zwangshandlungen und -gedanken	4	,82	,83	,78	,59**
Aggressionspotential	5	,70	,67	,67	,59**
Suizidalität	2	,81	,54	,47	,55**
$\Sigma$ FEVE-27	27	,93	,93	,92	,72**
<b>Explorative Skalen</b>					
Stressbelastung	5	,83	,81	,82	,65**
Soziale Unsicherheit	5	,82	,79	,78	,75**
Suizidalität	5	,78	,75	,73	,58**
$\Sigma$ FEVE-15	15	,90	,89	,87	,72**

Anmerkung.      \*\*  $p < 0,01$

Die Reliabilitäts-Koeffizienten der explorativ ermittelten Skalen des FEB und des FEVE fallen sowohl für die theoretischen als auch die explorativ ermittelten Skalen hoch aus. Auf Grund der deutlichen Item-Reduktion sind die explorativ ermittelten Skalen zu bevorzugen, da der Reliabilitätsverlust nur sehr gering ist und gleichzeitig die Ökonomie der Verfahren durch eine Kürzung zum 16 (FEB) bzw. 12 (FEVE) Items deutlich erhöht wird.

#### 8.1.4 Differentielle- und Konstrukt-Validität

Zur Bestimmung der differentiellen Validität wird die Differenzierungsfähigkeit des FEB und des FEVE geprüft. Dabei werden zunächst Mittelwertsunterschiede zwischen den Patienten und der Bevölkerung (t-Test) geprüft. Anschließend erfolgt die Prüfung von Alters-, Geschlechts- und Diagnoseeffekten in der Patientenstichprobe. Diese ausführlichen Berechnungen erfolgen, um später Norm- bzw. Cut-off Werte für die zwei Verfahren ableiten zu können. Alters- und Geschlechtseffekte für die Bevölkerung werden ebenfalls ermittelt und berichtet. Zunächst werden die Befunde für den FEB und anschließend die des FEVE präsentiert.

Für alle Skalen des **FEB** ergaben sich erwartungsgemäß Mittelwertsunterschiede zwischen den Patienten und der Bevölkerung (vgl. Tabelle 22). Mit Ausnahme der Skala Körperliche Beschwerden ergaben sich dabei große Effektstärken. Der höchste Effekt ergab sich mit  $d=1,5$  für die Skala Depressive Symptomatik. Es folgte der große Effekt der Gesamtskala des FEB-28 mit  $d=1,24$ . Insgesamt berichteten die Patienten auf allen Skalen des FEB mehr Belastungen als die Bevölkerung.

Tabelle 22

*Mittelwertsunterschiede FEB*

Variable		UNSI	DEPR	ANGS	KÖRP	Σ FEB-28
		t=26,22	t=41,19	t=32,04	t=18,39	t=35,57
		df=2691	df=2700	df=2355	df=2853	df=2651
		p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001
		<b>d</b>	<b>d</b>	<b>d</b>	<b>d</b>	<b>d</b>
		<b>0,94</b>	<b>1,50</b>	<b>1,14</b>	<b>0,71</b>	<b>1,24</b>
Patienten (N=1.604)	M (SD)	2,66 (1,2)	3,37 (1,2)	2,34 (1,2)	2,57 (1,0)	2,74 (1,0)
Bevölkerung (N=1.278)	M (SD)	1,74 (0,7)	1,90 (0,7)	1,29 (0,5)	1,96 (0,7)	1,72 (0,6)

Anmerkungen. d ≥ 0,2 = kleiner Effekt, d ≥ 0,5 = mittlerer Effekt, d ≥ 0,8 = großer Effekt  
Große Effekte sind fett hervorgehoben. Der höchste ermittelte Effekt ist unterstrichen.

Im Anschluss erfolgte die Ermittlung von Geschlechtsunterschieden in der Patientenstichprobe (vgl. Tabelle 23). Dabei wurde die geschlechtstypische Verteilung erwartet, d.h. Frauen berichten i.R. mehr Belastungen als Männer. Für alle Skalen ergaben sich statistisch signifikante Unterschiede, allerdings sind deren Effektstärken nur klein. Mit d=-0,48 ergab sich der höchste Effekt auf der Skala Körperliche Beschwerden. Die Analyse zeigte, dass die Patientinnen auf allen Skalen mehr Belastungen angeben.

Tabelle 23

*Geschlechtsunterschiede FEB*

Variable		UNSI	DEPR	ANGS	KÖRP	Σ FEB-28
		t=-7,02	t=-7,54	t=-7,91	t=-9,56	t=-9,52
		df=1601	df=1602	df=1602	df=1601	df=1602
		p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001
		<b>d</b>	<b>d</b>	<b>d</b>	<b>d</b>	<b>d</b>
		-0,35	-0,37	-0,39	<b>-0,48</b>	-0,47
Männer (n=766)	M (SD)	2,45 (1,1)	3,14 (1,2)	2,11 (1,1)	2,32 (0,9)	2,50 (0,9)
Frauen (n=838)	M (SD)	2,85 (1,2)	3,58 (1,2)	2,56 (1,2)	2,80 (1,1)	2,95 (1,0)

Anmerkungen. d ≥ 0,2 = kleiner Effekt, d ≥ 0,5 = mittlerer Effekt, d ≥ 0,8 = großer Effekt  
Der höchste ermittelte Effekt ist unterstrichen.

Zur Bestimmung von Alterseffekten im FEB wurden zunächst Korrelationen der FEB Skalen mit dem Alter durchgeführt. Erwartet wurden dabei vor allem hohe Effekte zur Skala Körperliche Beeinträchtigung. Tabelle 24 sind die Ergebnisse für das Alter in der Patientenstichprobe zu entnehmen. Es ergaben sich auf drei der vier Skalen und im Gesamtwert niedrige Effektstärken. Für die Skala Unsicherheit ergab sich kein Effekt. Der höchste Effekt ergab sich mit d=0,43 auf der Skala Körperliche Beeinträchtigung.

Tabelle 24

*Alterseffekte FEB Patienten*

Variable	UNSI	DEPR	ANGS	KÖRP	Σ FEB-28
r (d)	-0,003 (-0,01)	,15** (0,31)	,14** (0,27)	,21** ( <u>0,43</u> )	,14** (0,29)

Anmerkungen. \*\* p<0,01;  $d = \frac{2r}{\sqrt{1-r^2}}$ ; d ≥ 0,2 = kleiner Effekt, d ≥ 0,5 = mittlerer Effekt, d ≥ 0,8 = großer Effekt; Der höchste ermittelte Effekt ist unterstrichen.

Zur differenzierten Darstellung der Altersunterschiede wurden die Patienten zusätzlich sechs Altersgruppen zugeordnet. Die Altersgruppen beginnen bei Personen unter 20 Jahren und enden bei Personen über 60 Jahren; die anderen Kategorien haben jeweils eine Altersspanne von 10 Jahren. Abbildung 1 zeigt die Skalenmittelwerte der sechs Altersgruppen im Profil. Den Profilen ist zu entnehmen, dass es keinen linearen Zusammenhang zwischen dem Alter und den Skalenmittelwerten gibt. Die deskriptive Analyse zeigt jedoch, dass Personen zwischen 50 und 59 Jahren auf allen FEB Skalen die höchste psychische Belastung angeben. Auffallend ist weiterhin, dass Personen über 60 Jahren deutlich weniger Belastungen angeben, als Personen zwischen 50 und 59 Jahren.

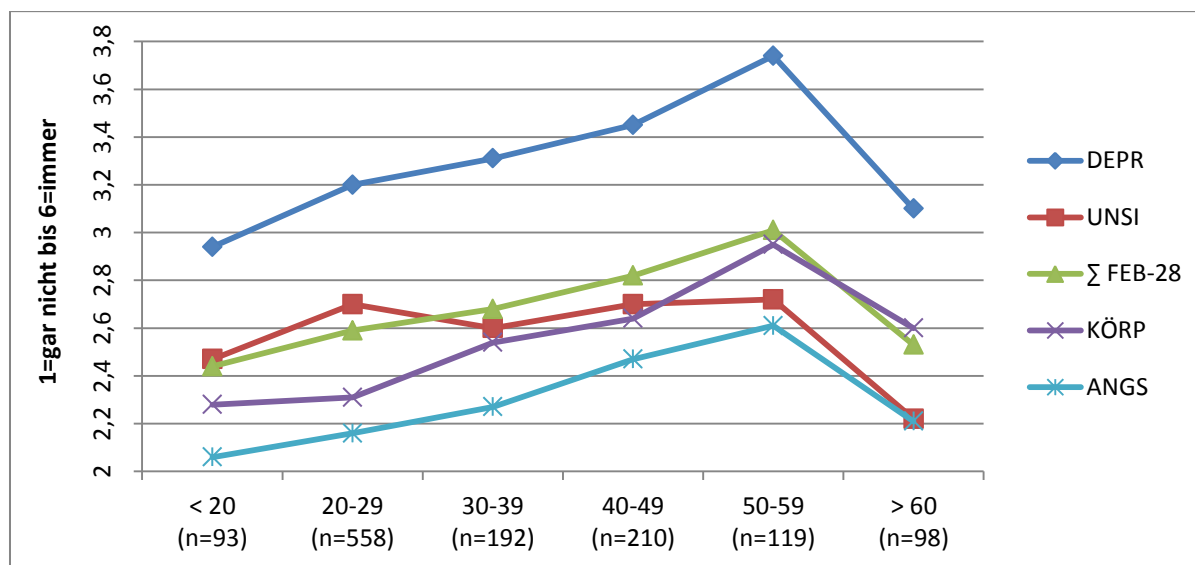


Abbildung 1

*Profildarstellung FEB nach Altersgruppen, Patientenstichprobe*

Im Anschluss an soziodemografische Unterschiede werden klinische Unterschiede getestet. Dabei wird zunächst der Einfluss der Patientengruppe varianzanalytisch geprüft. Mit Hilfe dieser Analyse soll geprüft werden, ob es später notwendig ist, für die drei Patientengruppen unterschiedliche Norm- bzw. Cut-off Werte zu ermitteln. Für alle FEB Skalen ergaben sich statistisch signifikante Unterschiede in Bezug auf die Patientengruppe. Die ermittelten Effekte lagen dabei alle im mittleren Bereich. Die höchsten Effekte ergaben sich auf der Skala Ängste und im FEB Gesamtwert mit  $\eta^2=0,09$ . Nachgeschaltete Einzelvergleiche zeigten auf, dass Patienten der Suchttherapie auf allen geprüften Skalen die niedrigste psychische Belastung angaben und diese signifikant niedriger war als bei den Patienten der Allgemeinen Psychiatrie. Mit Ausnahme der Skala Ängste berichteten die Patienten der Psychosomatik/Psychotherapie die höchste psychische Belastung. Die Einzelvergleiche waren jedoch nur für die Skala Unsicherheit signifikant (vgl. Tabelle 25).

Tabelle 25

*Unterschiede FEB nach Patientengruppe*

Variable		UNSI	DEPR	ANGS	KÖRP	Σ FEB-28
		F=42,9 p<0,001 <u>η²=0,05</u>	F=74,3 p<0,001 η²=0,08	F=82,8 p<0,001 <u>η²=0,09</u>	F=40,3 p<0,001 η²=0,05	F=83,7 p<0,001 <u>η²=0,09</u>
AP (n=762)	M (SD)	2,73 (1,2)	3,55 (1,2)	2,60 (1,2)	2,69 (1,1)	2,89 (1,0)
		AP>ST AP<PP	AP>ST	AP>ST	AP>ST	AP>ST
ST (n=424)	M (SD)	2,25 (1,0)	2,80 (1,0)	1,75 (0,9)	2,19 (0,8)	2,25 (0,8)
		ST<AP, PP	ST<AP, PP	ST<AP, PP	ST<AP, PP	ST<AP, PP
PP (n=418)	M (SD)	2,94 (1,1)	3,62 (1,1)	2,49 (1,1)	2,72 (1,0)	2,95 (0,9)
		PP>AP, ST	PP>ST	PP>ST	PP>ST	PP>ST

Anmerkungen.  $\eta^2 \geq 0,01$  = kleiner Effekt,  $\eta^2 \geq 0,06$  = mittlerer Effekt,  $\eta^2 \geq 0,14$  = großer Effekt  
 Der höchste ermittelte Effekt ist unterstrichen. Bei signifikanten Ergebnissen werden signifikante nachgeschaltete Einzelvergleiche dargestellt.

Zusätzlich zur tabellarischen Darstellung der Mittelwertsunterschiede zwischen den Patientengruppen werden diese in Abbildung 2 grafisch dargestellt. Aus der Abbildung geht hervor, dass die Suchtpatienten die geringste Belastung angeben.

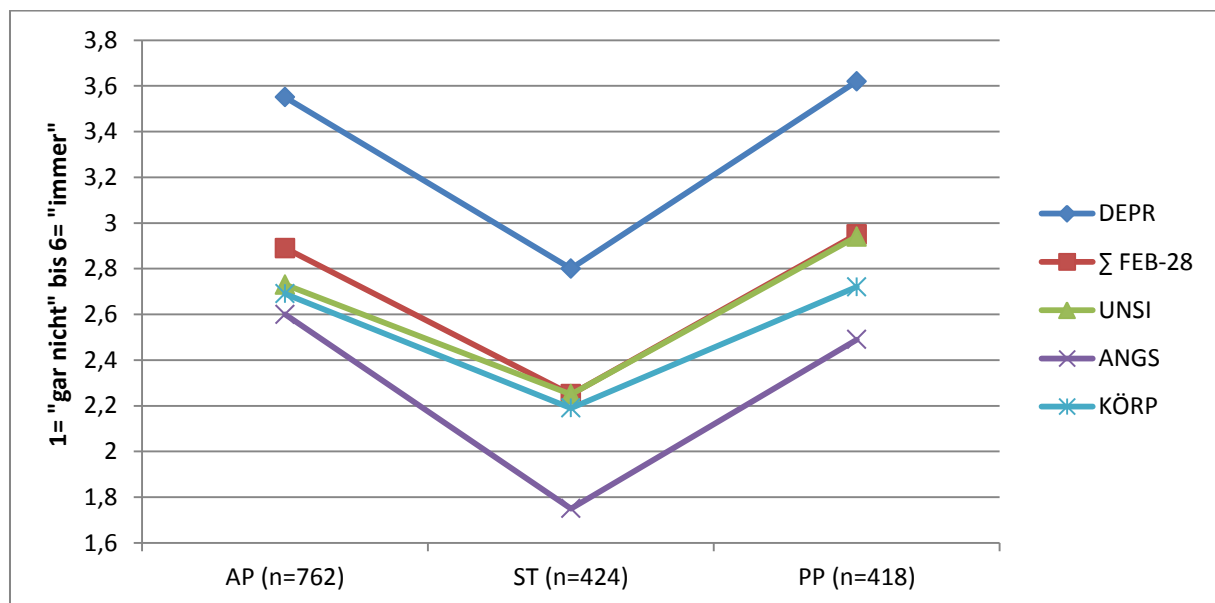


Abbildung 2

*Profilardarstellung FEB nach Patientengruppe*

Zur differenzierten Betrachtung klinischer Unterschiede werden die ICD-10 Diagnosen herangezogen. Die vorliegenden Diagnosen der Patienten wurden dabei den übergeordneten ICD-10 Kategorien des Kapitel F zugeordnet. Zusätzlich wurde die Kategorie F4 nach Angst- und Somatoformen Störungen getrennt. Eine varianzanalytische Prüfung erfolgte über alle Diagnosegruppe mit mehr als 45 Patienten. Erwartet wurde, dass

Patienten mit affektiven Störungen die höchste Belastung auf der Skala Depressive Symptomatik und Patienten mit Angststörungen die höchste auf der Skala Ängste angeben. Für alle FEB Skalen ergaben sich dabei Unterschiede hinsichtlich der ICD-10 Diagnosen mit mittleren Effektstärken. Der höchste Effekt ergab sich für die Skala Depressive Symptomatik. Nachgeschaltete Einzelvergleiche auf der Skala Depressive Symptomatik zeigten, dass Patienten mit Suchterkrankungen die niedrigste Belastung und die Patienten mit affektiven Störungen eine signifikant höhere Belastung angaben als Patienten mit anderen Störungen. Mit Ausnahme der Skala Unsicherheit ergaben die nachgeschalteten Einzelvergleiche signifikant geringere Mittelwerte der Suchtpatienten auf allen Skalen gegenüber den vier anderen Diagnosegruppen.

Tabelle 26

*Diagnoseunterschiede FEB*

Variable		UNSI	DEPR	ANGS	KÖRP	Σ FEB-28
<b>Diagnose</b>		F=20,32 p<0,001 <u>η<sup>2</sup>=0,06</u>	F=34,16 p<0,001 <u>η<sup>2</sup>=0,10</u>	F=27,72 p<0,001 η <sup>2</sup> =0,09	F=17,78 p<0,001 η <sup>2</sup> =0,06	F=30,37 p<0,001 η <sup>2</sup> =0,09
F1 (n=250)	M (SD)	2,21 (1,0) F1<F3, F40-43, F6	2,80 (1,0) F1<F3, F40-43, F45-48, F6	1,79 (1,0) F1<F3, F40-43, F45-48, F6	2,19 (0,9) F1<F3, F40-43, F45-48	2,25 (0,8) F1<F3, F40-43, F45-48, F6
F3 (n=561)	M (SD)	2,91 (1,1) F3>F1, F40-43	3,77 (1,1) F3>F1, F40-43	2,51 (1,1) F3>F1	2,77 (1,1) F3>F1	2,99 (0,9) F3>F1
F40-43 (n=231)	M (SD)	2,55 (1,1) F40-43>F1 F40-43<F3, F6	3,32 (1,1) F40-43>F1 F40-43<F3	2,73 (1,2) F40-43>F1, F6	2,68 (1,0) F40-43>F1	2,82 (0,9) F40-43>F1
F45-48 (n=48)	M (SD)	2,68 (1,5)	3,62 (1,4) F45-48>F1	2,83 (1,3) F45-48>F1	3,13 (1,3) F45-48>F1, F6	3,06 (1,2) F45-48>F1
F6 (n=84)	M (SD)	3,05 (1,2) F6>F1, F40-43	3,40 (1,1) F6>F1	2,23 (1,1) F6>F1 F6<F40-43	2,44 (1,0) F6>F45-48	2,78 (0,9) F6>F1

*Anmerkungen.* η<sup>2</sup> ≥ 0,01 = kleiner Effekt, η<sup>2</sup> ≥ 0,06 = mittlerer Effekt, η<sup>2</sup> ≥ 0,14 = großer Effekt  
Der höchste ermittelte Effekt ist unterstrichen. Bei signifikanten Ergebnissen werden signifikante nachgeschaltete Einzelvergleiche dargestellt. Auf die Darstellung von Diagnosegruppen mit weniger als n=45 Personen wird verzichtet.

Zur besseren Visualisierung der Diagnoseunterschiede zeigt die Abbildung 3 die Skalenmittelwerte für die einzelnen ICD-10 Diagnosen im Profil. Aus der Abbildung ist auf den ersten Blick ersichtlich, dass einerseits die Skala Depressive Symptomatik über alle Diagnosegruppen hinweg am höchsten ausgeprägt ist und dass andererseits die Patienten mit affektiven Störungen auf drei der FEB Skalen die höchste Belastung angeben. Weiterhin zeigt sich, dass Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen auf allen Skalen die niedrigste

Belastung angeben. Aus der Abbildung wird weiterhin ersichtlich, dass die geringsten Unterschiede der Mittelwerte bei den FEB Skalen bei Patienten mit Angststörungen vorliegen. Diese Patienten gaben auf allen Skalen (Ausnahme Skala Depressive Symptomatik) eine annähernd gleich hohe psychische Belastung an. Wie bereits aus Tabelle 26 ersichtlich unterscheiden sich die Mittelwerte der Patienten mit Angststörungen nicht von denen der Patienten mit Somatoformen Störungen. Patienten mit Somatoformen Störungen gaben jedoch über alle Diagnosegruppen hinweg erwartungsgemäß die höchste körperliche Beeinträchtigung an. Gleichzeitig wiesen sie auch den höchsten Mittelwert auf der Skala Ängste auf, gefolgt von den Patienten mit Angststörungen.

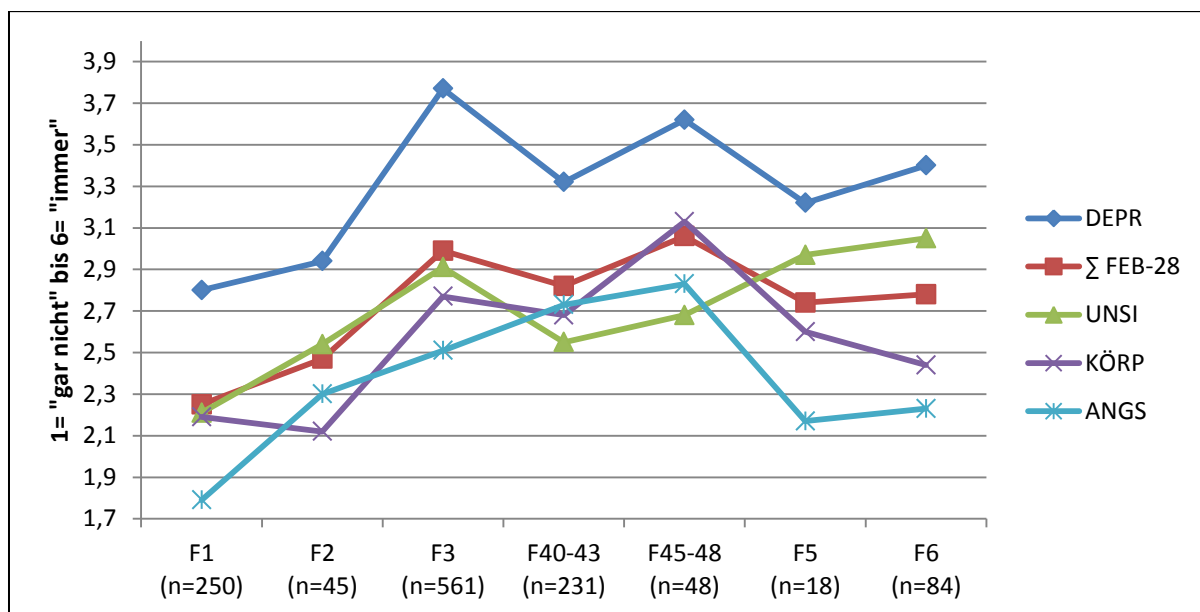


Abbildung 3

Profilardarstellung FEB nach Diagnose

Analog zur Patientenstichprobe wurden Geschlechts- und Altersunterschiede in der Bevölkerung ermittelt. Im Vergleich zu den Ergebnissen der Patienten fallen diese Unterschiede allerdings deutlich geringer aus. Auf drei der vier Skalen und im Gesamtwert des FEB ergaben sich Geschlechtseffekte, allerdings mit maximal niedrigen Effektstärken. Der höchste Effekt findet sich auf der Skala Körperliche Beeinträchtigung. Insgesamt berichten erwartungsgemäß die Frauen auf allen Skalen eine höhere psychische Belastung als Männer (vgl. Tabelle A-83 im Anhang). Im Gegensatz zu den Patienten fanden sich in der Bevölkerung keine Alterseffekte (vgl. Tabelle A-84 im Anhang). Deskriptiv zeigt sich jedoch, dass in der Bevölkerung über alle Altersgruppen die niedrigste Belastung auf der Skala Ängste vorliegt und bei gesunden Personen die körperliche Belastung im Vordergrund zu stehen scheint (vgl. Abbildung A-15 im Anhang).

Zum Abschluss der Analysen des **FEB** folgen Korrelationen mit der SCL-90-R und dem therapeutischen Fremdurteil in der Patientenstichprobe, um die **Konstruktvalidität** nachzuweisen. Erwartet wurden dabei im Selbsturteil hohe Korrelationen mit den Skalen Depressivität, Unsicherheit im Sozialkontakt, Ängstlichkeit sowie Somatisierung und dem GSI der SCL-90-R sowie geringe Korrelationen mit den Skalen Aggressivität, Psychotizismus und Zwanghaftigkeit. Tabelle 27 zeigt die Korrelationskoeffizienten und die Effektstärken an. Hypothesenkonform fällt die Korrelation der FEB Skala Unsicherheit zur Skala Unsicherheit im Sozialkontakt der SCL-90-R am höchsten aus. Gleichzeitig ergaben sich jedoch auch hohe Korrelationen mit den Skalen Depressivität und Paranoides Denken, die sich durch die inhaltliche Schwerpunktsetzung der FEB Skala Unsicherheit erklären lassen. Die Korrelationen zur FEB Skala Depressive Symptomatik fallen vergleichbar hoch aus. Der höchste Zusammenhang ergibt sich hier erwartungsgemäß für die Skala Depressivität, gefolgt von der Skala Zwanghaftigkeit. Die hohe Korrelation mit der Skala Zwanghaftigkeit erscheint zunächst überraschend, lässt sich jedoch durch den Schwerpunkt der Items auf Schwierigkeiten im Denken und Handeln nachvollziehen. Für die Skala Ängste ergeben sich erwartungsgemäß die höchsten Korrelationen zu den Skalen Ängstlichkeit und Phobische Angst der SCL-90-R. Am deutlichsten zeigt sich für die Skala Körperliche Beeinträchtigung der Zusammenhang zur Skala Somatisierung der SCL-90-R; bei allen anderen Skalen ist der Zusammenhang deutlich niedriger. Der FEB Summenwert korreliert wiederum am höchsten mit dem GSI und der Skala Depressivität der SCL-90-R. Die Korrelationen zwischen den SCL-90-R Skalen und dem FEB fallen insgesamt hoch bis sehr hoch aus und es ergeben sich fast durchweg hohe Effektstärken, die den Zusammenhang dieser beiden Selbstbeurteilungs-Instrumente zur Erfassung der psychischen Belastung bestätigen. Im Gegensatz dazu sind die ermittelten Korrelationen zum therapeutischen Fremdurteil nicht signifikant und nur sehr niedrig.

Tabelle 27

*Korrelationen FEB in der Patientenstichprobe*

Skalen		UNSI	DEPR	ANGS	KÖRP	Σ FEB-28
<b>SCL-90-R</b>						
Somatisierung	r	,36**	,61**	,54**	,79**	,69**
	d	,77	1,54	1,28	2,58	1,91
Zwanghaftigkeit	r	,64**	,78**	,44**	,59**	,74**
	d	1,67	2,49	0,98	1,46	2,20
Unsicherheit im Sozialkontakt	r	,75**	,56**	,55**	,33**	,65**
	d	2,27	1,35	1,32	0,70	1,71
Depressivität	r	,71**	,79**	,57**	,55**	,79**
	d	2,02	2,58	1,39	1,32	2,58
Ängstlichkeit	r	,56**	,54**	,72**	,49**	,70**
	d	1,35	1,28	2,08	1,12	1,96

Fortsetzung



Skalen		UNSI	DEPR	ANGS	KÖRP	Σ FEB-28
Aggressivität	r	,43**	,26**	,13	,15	,29**
	d	<b>0,95</b>	0,54	0,26	0,30	0,61
Phobische Angst	r	,52**	,54**	,83**	,42**	,71**
	d	<b>1,22</b>	<b>1,28</b>	<u><b>2,98</b></u>	<b>0,93</b>	<b>2,02</b>
Paranoides Denken	r	,71**	,43**	,30**	,33**	,53**
	d	<b>2,02</b>	<b>0,95</b>	0,63	0,7	<b>1,25</b>
Psychotizismus	r	,58**	,46**	,36**	,38**	,53**
	d	<b>1,42</b>	<b>1,04</b>	0,77	<b>0,82</b>	<b>1,25</b>
General Severity Index	r	,72**	,74**	,63**	,60**	,81**
	d	<b>2,08</b>	<b>2,20</b>	<b>1,62</b>	<b>1,50</b>	<b>2,76</b>
<b>Fremdurteil Therapeuten</b>						
Psychischer Befund	r	0,04	0,05	0,05	0,04	0,05
	d	0,08	0,10	0,08	0,08	0,08
Somatischer Befund	r	0,04	0,02	0,03	0,05	0,04
	d	0,08	0,04	0,06	0,08	0,08

Anmerkungen. \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ;  $d \geq 0,2$  = kleiner Effekt,  $d \geq 0,5$  = mittlerer Effekt,  $d \geq 0,8$  = großer Effekt  
 Große Effekte sind fett hervorgehoben. Der höchste ermittelte Effekt ist unterstrichen.  
 SCL-90-R  $n=89$ , Fremdurteil  $n=1.226$

Die Konstruktvalidität wurde ebenfalls in der Bevölkerung geprüft (vgl. Tabelle A-85 im Anhang), in dem Korrelationen mit der SCL-90-R und dem TICS ermittelt wurden. Die Korrelationskoeffizienten und deren Effektstärken fallen dabei allerdings niedriger aus und sind für die Skalen Somatisierung und Unsicherheit im Sozialkontakt der SCL-90-R nicht mehr im hohen Bereich. Insgesamt sind die Ergebnisse jedoch miteinander vergleichbar und bestätigen die Konstruktvalidität des FEB.

Die Analyse der Validität des **FEVE** beginnt mit der differentiellen Validität, um später die Norm- und Cut-off Werten zu abzuleiten. Zunächst werden Mittelwertsunterschiede zwischen Patienten und der Bevölkerung bestimmt. Tabelle 28 zeigt die signifikanten Unterschiede der FEVE Skalen zwischen den Patienten und der Bevölkerung auf. Es ergaben sich für alle drei Skalen und den Gesamtwert hohe Effektstärken. Die höchste Effektstärke ergab sich für den Gesamtwert mit  $d=1,28$ . Erwartungsgemäß berichten die Patienten in einem höheren Maß von psychischer Belastung als die Bevölkerung.

Tabelle 28

*Mittelwertsunterschiede FEVE*

Variable		Stressbelastung	Soziale Unsicherheit	Suizidalität	Σ FEVE-15
		$t=31,53$ $df=2826$ $p<0,001$	$t=27,28$ $df=2599$ $p<0,001$	$t=28,14$ $df=2665$ $p<0,001$	$t=33,77$ $df=2748$ $p<0,001$
	<b>d</b>	<b>1,15</b>	<b>0,99</b>	<b>1,07</b>	<u><b>1,28</b></u>
Patienten (N=1.551)	M (SD)	3,22 (1,1)	2,35 (1,1)	2,42 (1,0)	2,66 (0,9)
Bevölkerung (N=1.278)	M (SD)	2,06 (0,9)	1,47 (0,6)	1,50 (0,7)	1,68 (0,6)

Anmerkungen.  $d \geq 0,2$  = kleiner Effekt,  $d \geq 0,5$  = mittlerer Effekt,  $d \geq 0,8$  = großer Effekt  
 Große Effekte sind fett hervorgehoben. Der höchste ermittelte Effekt ist unterstrichen.

Anschließend werden Geschlechtsunterschiede in der Patientenstichprobe geprüft. Vermutet wurde, dass Frauen in höherem Maße Belastungen angeben als Männer. Dabei ergaben sich auf allen FEVE Skalen niedrige Effektstärken. Mit  $d=-0,44$  ergab sich die höchste Effektstärke für die Skala Suizidalität. Insgesamt berichteten die Patientinnen, eine höhere psychische Belastung als männliche Patienten (vgl. Tabelle 29).

Tabelle 29

*Geschlechtsunterschiede FEVE*

Variable		Stressbelastung	Soziale Unsicherheit	Suizidalität	$\Sigma$ FEVE-15
		$t=-6,87$ $df=1549$ $p<0,001$	$t=-5,08$ $df=1545$ $p<0,001$	$t=-8,90$ $df=1549$ $p<0,001$	$t=-8,08$ $df=1549$ $p<0,001$
	$d$	-0,35	-0,25	<u>-0,44</u>	-0,41
Männer (n=741)	M (SD)	3,03 (1,1)	2,21 (1,0)	2,18 (1,0)	2,47 (0,9)
Frauen (n=810)	M (SD)	3,40 (1,0)	2,47 (1,1)	2,64 (1,1)	2,84 (0,9)

*Anmerkungen.*  $d \geq 0,2$  = kleiner Effekt,  $d \geq 0,5$  = mittlerer Effekt,  $d \geq 0,8$  = großer Effekt. Der höchste ermittelte Effekt ist unterstrichen.

Zum Abschluss der Untersuchung soziodemografischer Unterschiede erfolgte die Prüfung von Alterseffekten. Vermutet wird ein Alterseffekt bei den Skalen Stressbelastung und Soziale Unsicherheit, der sich je nach Höhe auch auf den Gesamtwert auswirkt. Relativ unabhängig vom Alter wird die Ausprägung der Skala Suizidalität erwartet. Zunächst wurden Korrelationen der FEVE Skalen mit dem Alter durchgeführt (vgl. Tabelle 30). Es fanden sich allerdings nur kleine Effekte bei den Skalen Stressbelastung und soziale Unsicherheit.

Tabelle 30

*Alterseffekte FEVE Patienten*

Variable	Stressbelastung	Soziale Unsicherheit	Suizidalität	$\Sigma$ FEVE-15
$r$	<u>,10**</u> (0,20)	<u>-,10**</u> (0,20)	-0,06* (-0,12)	-0,02 (-0,04)

*Anmerkungen.* \*\*  $p < 0,001$ ;  $d = \frac{2r}{\sqrt{1-r^2}}$ ;  $d \geq 0,2$  = kleiner Effekt,  $d \geq 0,5$  = mittlerer Effekt,  $d \geq 0,8$  = großer Effekt; Der höchste ermittelte Effekt ist unterstrichen.

Zur differenzierteren Betrachtung der Alterseffekte werden erneut die sechs Altersgruppen herangezogen und deren Skalenmittelwerte grafisch im Profil dargestellt. Aus Abbildung 4 wird ersichtlich, dass es keinen linearen Zusammenhang zwischen dem Alter und der FEVE Skalenausprägung gibt. Es scheint vielmehr, dass Personen über 60 Jahre die geringste Belastung auf den FEVE Skalen angeben. Über alle Altersgruppen hinweg findet sich der höchste Skalenwert auf der Skala Stressbelastung. Gleichzeitig nimmt die Soziale Unsicherheit deutlich mit dem Alter ab; während diese bis ca. 30 Jahre am höchsten ist, nimmt diese im höheren Alter deutlich ab.

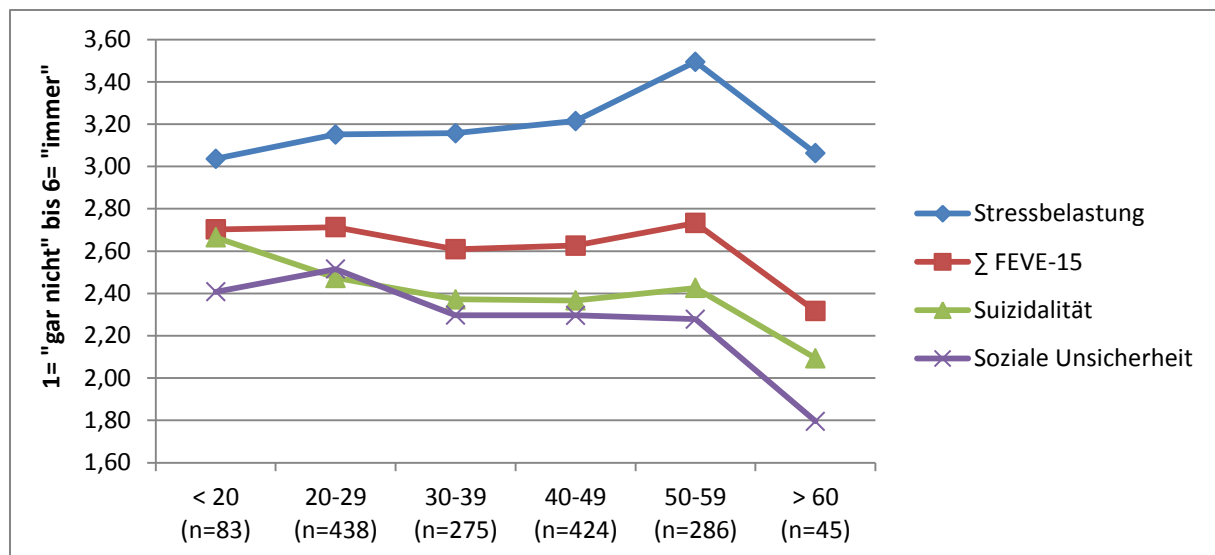


Abbildung 4

Profildarstellung FEVE nach Altersgruppen, Patientenstichprobe

Im Anschluss an die Ermittlung soziodemografischer Variablen folgt die Prüfung klinischer Variablen. Dabei wird zunächst der Einfluss der Patientengruppe auf die Skalenausprägung geprüft (vgl. Tabelle 31). Diese Analyse dient vor allem für die spätere Ableitung von Norm- und Cut-off Werten. Inhaltlich sind jedoch Unterschiede zwischen Patienten der Suchttherapie zu den anderen Patientengruppen zu erwarten. Eine klare Trennung zwischen Patienten der Allgemeinen Psychiatrie und der Psychosomatik/Psychotherapie wird nicht erwartet. Für zwei Skalen und den Gesamtwert des FEVE ergaben sich mittlere Effekte, für die Skala Soziale Unsicherheit nur ein niedriger Effekt. Die höchsten Effekte ergaben sich auf der Skala Stressbelastung und im Gesamtwert. Insgesamt zeigte sich, dass die Suchtpatienten über alle Skalen die geringste Belastung angaben.

Tabelle 31

Unterschiede FEVE nach Patientengruppe

Variable		Stressbelastung	Soziale Unsicherheit	Suizidalität	Σ FEVE-15
		F=68,53 p<0,001 <u>η²=0,08</u>	F=40,40 p<0,001 η²=0,05	F=45,50 p<0,001 η²=0,06	F=66,95 p<0,001 <u>η²=0,08</u>
AP (n=736)	M (SD)	3,35 (1,1)	2,37 (1,1)	2,57 (1,1)	2,76 (0,9)
		AP>ST	AP>ST AP<PP	AP>ST	AP>ST AP<PP
ST (n=406)	M (SD)	2,72 (1,0)	2,0 (0,8)	2,0 (0,9)	2,24 (0,8)
		ST<AP, PP	ST<AP, PP	ST<AP, PP	ST<AP, PP
PP (n=409)	M (SD)	3,50 (1,0)	2,65 (1,1)	2,55 (1,0)	2,90 (0,8)
		PP>ST	PP>AP, ST	PP>ST	PP>AP, ST

Anmerkungen.  $\eta^2 \geq 0,01$  = kleiner Effekt,  $\eta^2 \geq 0,06$  = mittlerer Effekt,  $\eta^2 \geq 0,14$  = großer Effekt. Der höchste ermittelte Effekt ist unterstrichen. Bei signifikanten Ergebnissen werden signifikante nachgeschaltete Einzelvergleiche dargestellt.

Zur besseren Veranschaulichung sind die Mittelwerte der FEVE Skalen nach Patientengruppe in Abbildung 5 grafisch dargestellt. Aus der Abbildung geht hervor, dass die Patienten der Suchttherapie die geringste Belastung auf den FEVE Skalen angeben und die Patienten der Psychosomatik/ Psychotherapie hingegen die höchste Belastung.

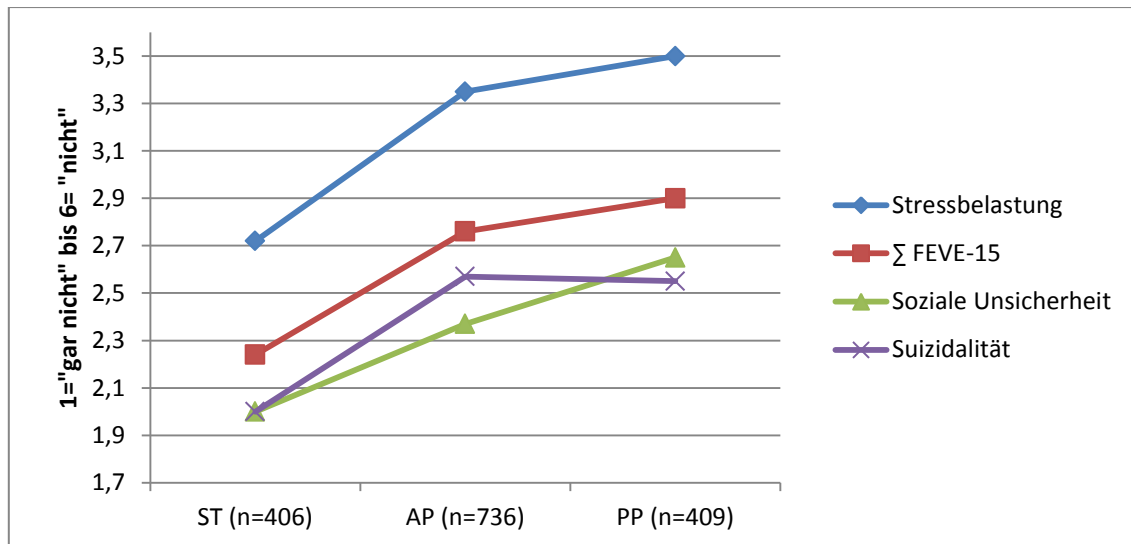


Abbildung 5

*Profilardarstellung FEVE nach Teilmodul*

Zur Ermittlung klinischer Unterschiede wurden weiterhin die ICD-10 Diagnosen betrachtet. Erwartet wurde, dass Patienten mit Affektiven Störungen die höchsten Skalenmittelwerte auf den Skalen Suizidalität sowie Stressbelastung berichten und dass Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen generell die niedrigsten Werte aufweisen. Varianzanalytisch werden alle Diagnosegruppen mit mehr als 45 Patienten betrachtet und die Kategorie F4 zusätzlich differenziert in Angststörungen und Somatoforme Störungen. Tabelle 32 zeigt, dass sich hinsichtlich der ICD-10 Diagnosen auf allen FEVE Skalen Unterschiede ergeben. Die Effektstärken liegen allerdings nur im niedrigen bis mittlerem Bereich. Mit  $\eta^2=0,08$  ergeben sich die höchsten Effekte für die Skala Stressbelastung. Die nachgeschalteten Einzelvergleiche zeigen, dass Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen auf allen Skalen des FEVE die niedrigste Belastung angeben. Über alle Diagnosegruppen hinweg war die Skala Stressbelastung am höchsten ausgeprägt. Die Skala Suizidalität ist am höchsten ausgeprägt bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen sowie affektiven Störungen.

Tabelle 32

*Diagnoseunterschiede FEVE*

Variable		Stressbelastung	Soziale Unsicherheit	Suizidalität	$\Sigma$ FEVE-15
<b>Diagnose</b>		F=24,59 p<0,001 <u><math>\eta^2=0,08</math></u>	F=11,69 p<0,001 $\eta^2=0,04$	F=16,26 p<0,001 $\eta^2=0,05$	F=22,56 p<0,001 $\eta^2=0,07$
F1 (n=240)	M (SD)	2,70 (1,0) F1<F3, F40-43, F45-48, F6	2,0 (0,9) F1<F3, F6	2,0 (0,9) F1<F3, F40-43, F6	2,23 (0,8) F1<F3, F40-43, F6
F3 (n=545)	M (SD)	3,50 (1,1) F3>F1	2,48 (1,1) F3>F1	2,61 (1,0) F3>F1	2,86 (0,9) F3>F1
F40-43 (n=230)	M (SD)	3,30 (1,0) F40-43>F1	2,30 (1,0) F40-43<F6	2,44 (1,0) F40-43>F1	2,68 (0,8) F40-43>F1
F45-48 (n=47)	M (SD)	3,43 (1,2) F45-48>F1	2,28 (1,1)	2,28 (1,2)	2,66 (1,1)
F6 (n=83)	M (SD)	3,30 (1,1) F6>F1	2,72 (0,4) F6>F1, F40-43	2,65 (1,2) F6>F1	2,89 (1,0) F6>F1

*Anmerkungen.*  $\eta^2 \geq 0,01$  = kleiner Effekt,  $\eta^2 \geq 0,06$  = mittlerer Effekt,  $\eta^2 \geq 0,14$  = großer Effekt.  
Der höchste ermittelte Effekt ist unterstrichen. Bei signifikanten Ergebnissen werden signifikante nachgeschaltete Einzelvergleiche dargestellt. Auf die Darstellung von Diagnosegruppen mit weniger als n=45 Personen wird verzichtet.

Abbildung 6 zeigt die grafische Darstellung der Skalenmittelwerte für die ICD-10 Diagnosen auf. Diese Grafik dient zur Veranschaulichung der in Tabelle 32 dargestellten Effekte. Es wird noch einmal optisch deutlich, dass die Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen die geringste Belastung angeben. Der Abbildung ist weiterhin zu entnehmen, dass Patienten mit Verhaltensauffälligkeiten die höchsten Werte auf der Skala Soziale Unsicherheit berichten. Weiterhin zeigt sich, dass sich Patienten mit Angststörungen in ihrem Antwortverhalten kaum von Patienten mit somatoformen Störungen unterscheiden. Keiner der nachgeschalteten Einzelvergleiche hatte diesbezüglich ein signifikantes Ergebnis gezeigt (vgl. Tabelle 32). Weiterhin wird deutlich, dass über alle Patientengruppen hinweg die Skala Stressbelastung am höchsten ausgeprägt ist. Besonders hohe Belastungen berichteten Patienten mit Affektiven Störungen und Patienten mit Verhaltensstörungen auf dieser Skala.

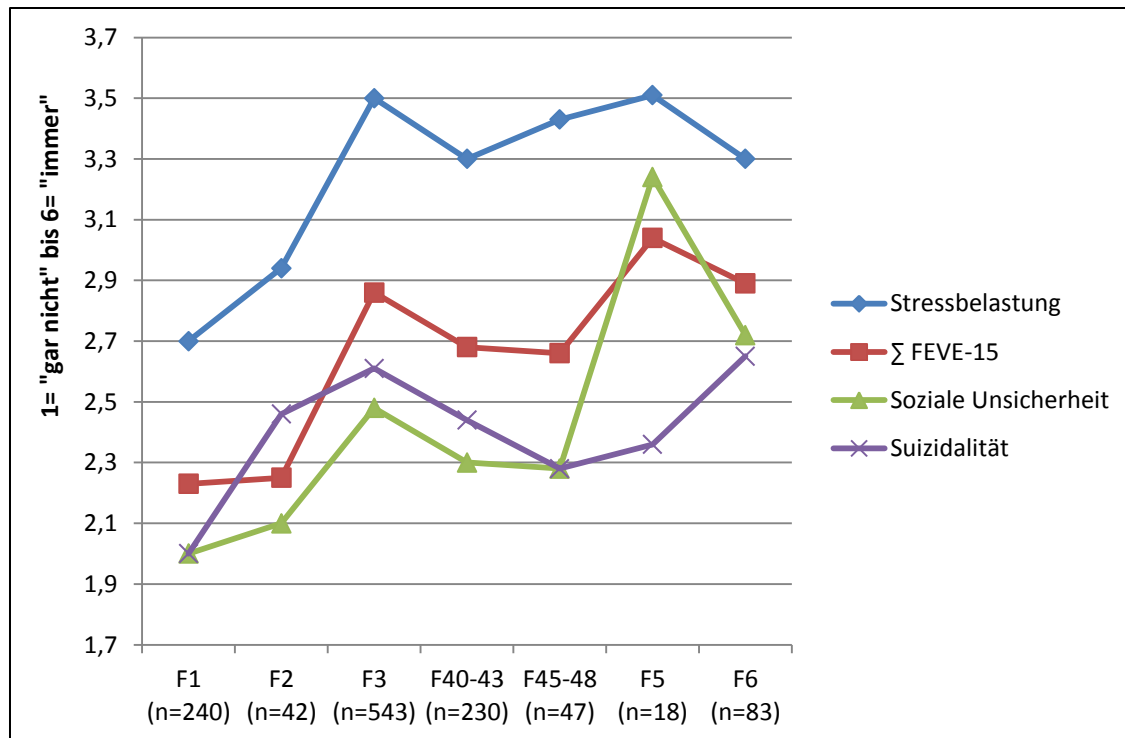


Abbildung 6

#### Profilardarstellung FEVE nach Diagnosegruppen

Die differentielle Validität wurde weiterhin in der Bevölkerungsstichprobe geprüft. Dabei ergaben sich kleine Effekte in Bezug auf das Geschlecht (vgl. Tabelle A-86 im Anhang). Analog zur Patientenstichprobe berichteten die Frauen auf allen Skalen die höchste Belastung. Mit  $d=-0,31$  ergab sich die höchste Effektstärke auf der Skala Suizidalität. In Bezug auf das Alter fanden sich in der Bevölkerung kleine Effekte (vgl. Tabelle A-87 im Anhang). Der höchste Effekt lag mit  $d=-0,43$  bei dem Gesamtwert des FEVE vor. Auffällig zeigte sich, dass die Personen unter 20 Jahren auf allen Dimensionen die höchste Belastung angaben (vgl. Abbildung A-16 im Anhang).

Zum Abschluss wurde die Konstruktvalidität des FEVE bestimmt. Dabei wurden die Skalen des FEVE mit denen der SCL-90-R und dem therapeutischen Fremdurteil zur psychischen Belastung korreliert. Es wurden hohe Korrelationen zu den Skalen Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität sowie dem GSI der SCL-90-R und geringe Korrelationen zu den Skalen Aggressivität, Somatisierung und Psychotizismus der SCL-90-R erwartet. Tabelle 33 zeigt, dass die Skalen Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität und Paranoides Denken mit allen Skalen des FEVE hoch korrelieren. Die Effektstärken der Korrelation beider Selbstbeurteilungsinstrumente sind insgesamt als hoch bis sehr hoch zu beurteilen. Die Skala Stressbelastung des FEVE korreliert hoch mit dem GSI sowie den Skalen Ängstlichkeit, Zwanghaftigkeit und Depressivität der SCL-90-R. Erwartungsgemäß finden sich die höchsten Zusammenhänge der Skala Soziale Unsicherheit mit den Skalen Unsicherheit im Sozialkontakt und Phobische Angst der SCL-90-R. Suizidalität korreliert am

stärksten mit der Skala Depressivität der SCL-90-R, da hier ebenfalls Items zur Suizidalität und niedergeschlagenen Stimmung erfasst werden. Hypothesenkonform korrelieren ebenfalls der GSI der SCL-90-R und der FEVE Gesamtwert hoch miteinander.

Die Korrelationen zum Fremdurteil fallen insgesamt deutlich geringer aus und erreichen im Psychischen Befund nur kleine Effektstärken. Lediglich die Skalen Somatisierung und Aggressivität weisen mittlere Effektstärken zu jeweils zwei der vier FEVE Skalen auf. Der Zusammenhang mit dem psychischen Befund des Fremdurteils ist als gering zu bezeichnen.

Tabelle 33

*Korrelationen FEVE in der Patientenstichprobe*

Skalen		Stressbelastung	Soziale Unsicherheit	Suizidalität	Σ FEVE-15
<b>SCL-90-R</b>					
Somatisierung	r	,61**	,29*	,26*	,48*
	d	<b>1,54</b>	0,61	0,54	<b>1,09</b>
Zwanghaftigkeit	r	,65**	,36**	,41**	,58**
	d	<b>1,71</b>	0,77	<b>0,90</b>	<b>1,42</b>
Unsicherheit im Sozialkontakt	r	,49**	,70**	,38**	,68**
	d	<b>1,12</b>	<b>1,96</b>	<b>0,82</b>	<b>1,85</b>
Depressivität	r	,64**	,49**	,53**	,69**
	d	<b>1,67</b>	<b>1,12</b>	<b>1,25</b>	<b>1,91</b>
Ängstlichkeit	r	,70**	,53**	,32**	,65**
	d	<b>1,96</b>	<b>1,25</b>	0,68	<b>1,71</b>
Aggressivität	r	,28*	,25*	,47**	,41**
	d	0,58	0,52	<b>1,06</b>	<b>0,90</b>
Phobische Angst	r	,51**	,55**	,31**	,59**
	d	<b>1,19</b>	<b>1,32</b>	0,65	<b>1,46</b>
Paranoides Denken	r	,49**	,46**	,45**	,58**
	d	<b>1,12</b>	<b>1,04</b>	<b>1,01</b>	<b>1,42</b>
Psychotizismus	r	,44**	,37**	,40**	,50**
	d	<b>0,98</b>	<b>0,80</b>	<b>0,87</b>	<b>1,15</b>
General Severity Index	r	,71**	,55**	,48**	,73**
	d	<b>2,02</b>	<b>1,32</b>	<b>1,09</b>	<b><u>2,14</u></b>
<b>Fremdurteil Therapeuten</b>					
Psychischer Befund	r	,14**	,13**	,12**	,15**
	d	0,28	0,26	0,24	0,30
Somatischer Befund	r	,09**	,06*	-,01	,06*
	d	0,18	0,12	-0,02	0,12

*Anmerkungen.* \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ;  $d \geq 0,2$  = kleiner Effekt,  $d \geq 0,5$  = mittlerer Effekt,  $d \geq 0,8$  = großer Effekt; Große Effekte sind fett hervorgehoben. Der höchste ermittelte Effekt ist unterstrichen. SCL-90-R  $n=80$ ; Fremdurteil  $n=1.226$

Die Konstruktvalidität wurde ebenfalls in der Bevölkerungsstichprobe durch Korrelationen mit der SCL-90-R und dem TICS ermittelt (vgl. Tabelle A-88 im Anhang). Insgesamt sind die Ergebnisse mit denen der Patientenstichprobe vergleichbar; die Effektstärken sind alle sehr hoch. Die Effektstärken fallen jedoch deutlich höher aus; der höchste Effekt ergibt sich mit  $d=3,71$  für die Korrelation des FEB-15 Gesamtwertes mit dem GSI der SCL-90-R.

Die vorliegenden Ergebnisse zur Differentiellen- und Konstruktvalidität des FEB und des FEVE belegen deren Validität. Trotz der Kürzung der beiden Verfahren haben diese an Ökonomie gewonnen und überzeugen in Bezug auf die Reliabilität und Validität. Weiterhin legen die Ergebnisse nahe, dass später geschlechts- und diagnosespezifische Norm- bzw. Cut-off Werte sinnvoll sind.

## 8.2 Interpersonales Verhalten

Die Erfassung interpersonaler Verhaltensweisen erfolgt in SATEP mit dem Fragebogen zur Erfassung interpersonaler Verhaltensweisen (FEIV). Dieser umfasst 30 Items auf einer 6-stufigen Antwortskalierung von 1=gar nicht bis 6=immer und hat die folgenden vier theoretisch postulierten Skalen: (1) *Extraversion* (9 Items), (2) *Unterwürfiges Verhalten* (8 Items), (3) *Dominantes und autoritäres Verhalten* (7 Items) sowie (4) *Fürsorgliches Verhalten* (6 Items). Die nachfolgenden Analysen dienen der Ermittlung der Güte der einzelnen Items. Anschließend wird die faktorielle Validität geprüft und neue Skalen unter der Maßgabe einer hohen Reliabilität und Validität ermittelt.

### 8.2.1 Itemstatistik

Für den FEIV wurden für die Patientenstichprobe, deren Teilstichproben sowie die Bevölkerungsstichprobe Itemanalysen durchgeführt. Die Darstellung der vollständigen Analysen (M, SD, Missings, Antworthäufigkeiten, Schiefe,  $r_i$  und  $P_i$ ) findet sich im Anhang und ist den Tabellen A-71 bis A-76 zu entnehmen. Tabelle 34 zeigt die FEIV Itemanalyse für die Patientenstichprobe. Der Itemanalyse kann entnommen werden, dass die Missing-Quote bei den einzelnen Items sehr gering ist und nur bei Item 29 („Ich kann meine eigenen Bedürfnisse für die einer anderen Person missachten.“) über 1% liegt. Auf Grund eines technischen Defekts wurde das Item 29 zeitweilig ohne Antwortkategorien dargeboten, so dass insgesamt 15 Personen dieses Item nicht beantworten konnten. Aus der Tabelle kann entnommen werden, dass die Itemschwierigkeit im mittleren Bereich liegt. Die Trennschärfen von 12 der 30 Items sind hingegen als mangelhaft zu beurteilen.



Tabelle 34

*Itemanalyse FEIV in der Patientenstichprobe (N=1.561)*

Nr	Iteminhalt	Missing	M (SD)	Schiefe	r <sub>i</sub>	P <sub>i</sub>
	„Ich war in den vergangenen sieben Tagen bis heute beeinträchtigt durch ...“					
	<b>Extraversion (EXTRA, 9 Items)</b>					
17	Ich komme mit anderen Personen schnell klar	0 (0%)	3,58 (1,2)	0,04	,567	52
28	Ich kann anderen Personen meine Zuwendung zeigen	2 (0,1%)	3,52 (1,3)	0,11	,538	50
25	Ich kann mit anderen Personen Unternehmungen machen	0 (0%)	3,52 (1,2)	0,23	,533	50
30	Ich kann anderen mitteilen, was ich wirklich will	2 (0,1%)	3,48 (1,2)	0,26	,468	50
13	Ich kann einer Personengruppe schnell beitreten	2 (0,1%)	3,47 (1,3)	0,14	,524	49
1	Ich kann mit fremden Personen schnell Bekanntschaft machen	2 (0,1%)	3,27 (1,3)	0,20	,568	45
9	Gegenüber anderen Personen halte ich Abstand	1 (0,1%)	3,07 (1,1)	0,38	<b>-,250</b>	42
5	Ich kann mich anderen Personen vertraut fühlen	1 (0,1%)	3,04 (1,2)	0,35	,451	41
21	Ich kann anderen Personen meine Gefühle offen mitteilen	2 (0,1%)	2,97 (1,3)	0,53	,483	39
	<b>Unterwürfiges Verhalten (UNTER, 8 Items)</b>					
22	Ich bin sehr schnell ergriffen vom Leid anderer Personen	2 (0,1%)	3,70 (1,3)	-0,14	<b>,271</b>	54
14	Meine eigenen Bedürfnisse vernachlässige ich oft	3 (0,2%)	3,66 (1,3)	-0,13	<b>,057</b>	53
29	Ich kann meine eigene Bedürfnisse für die einer anderen Person missachten	15 (1,0%)	3,16 (1,3)	0,21	<b>,291</b>	43
10	Ich glaube und vertraue anderen Personen zu schnell	1 (0,1%)	3,10 (1,3)	0,25	<b>,204</b>	42
18	Ich kann „Nein“ sagen	0 (0%)	3,03 (1,4)	0,64	<b>,188</b>	41
26	Ich werde vor anderen Personen leicht rot	0 (0%)	2,55 (1,2)	0,67	<b>-,053</b>	31
6	Ich lasse mich von anderen Personen ausbeuten	1 (0,1%)	2,58 (1,3)	0,53	<b>,054</b>	32
	<b>Dominantes und autoritäres Verhalten (DOM, 7 Items)</b>					
23	Ich kann mich gegenüber anderen Personen durchsetzen	1 (0,1%)	3,26 (1,2)	0,21	,432	45
11	Ich behalte andere Personen im Auge	2 (0,1%)	3,21 (1,3)	0,21	,306	44
7	Ich zeige anderen Personen, dass ich sauer bin	0 (0%)	3,18 (1,2)	0,57	,333	44
3	Ich kann anderen Personen gegenüber hart sein, wenn nötig	0 (0%)	3,11 (1,3)	0,58	,320	42
19	Ich kann anderen Personen Grenzen setzen	0 (0%)	2,93 (1,2)	0,51	,381	39
15	Ich gerate oft mit anderen Personen aneinander	1 (0,1%)	2,59 (1,0)	0,83	<b>,149</b>	32
27	Ich mische mich in die Angelegenheiten anderer Personen ein	1 (0,1%)	2,07 (0,9)	1,06	<b>,298</b>	22
	<b>Fürsorgliches Verhalten (FÜR, 6 Items)</b>					
4	Ich erfülle Pflichten regelmäßig	0 (0%)	4,53 (1,1)	-0,53	<b>,280</b>	71
24	Ich erwarte, von anderen Personen ernstgenommen zu werden	0 (0%)	4,49 (1,2)	-0,46	,450	70
8	Ich helfe anderen Personen	0 (0%)	4,45 (1,1)	-0,46	,471	69
12	Ich kann mich über das Glück anderer Personen begeistern	2 (0,1%)	3,79 (1,3)	-0,09	,429	56
20	Ich kann die Auffassung einer anderen Person nachvollziehen	3 (0,2%)	3,76 (1,0)	-0,12	,434	55
16	Ich kann anderen Personen eine Überraschung bereiten	1 (0,1%)	3,68 (1,2)	0,11	,537	54

*Anmerkungen.* Relevante Kenngrößen (r<sub>i</sub> <,30 und P<sub>i</sub> <20 und >80) sind hervorgehoben. Zur besseren Übersicht sind die Items zusätzlich hierarchisch pro Skala nach der Höhe der interpersonalen Verhaltensweisen sortiert.

Die Itemanalysen in den einzelnen Stichproben bestätigen das Bild der Itemanalyse der Gesamtstichprobe (vgl. Tabelle 35). In allen Stichproben wiesen mehr als 10 Items schlechte Trennschärfen auf. Die Items 2, 6, 9, 10, 14, 15, 18, 22 und 26 wiesen konstant in allen Patientenstichproben schlechte Trennschärfen auf und werden daher von den nachfolgenden Analysen ausgeschlossen. In der Bevölkerungsstichprobe und deren Teilstichprobe Studierender (Retest) wiesen 11 bzw. 13 Items schlechte Trennschärfen und bei der Teilstichprobe Studierender Item 6 (Ich lasse mich von anderen Personen ausbeuten) einen Schwierigkeitsindex von P<sub>i</sub> < 20 auf.

Im Anschluss an die Itemanalysen folgte die Missing-Data Analyse. In der Patientenstichprobe wurden dabei die Mittelwerte pro Teilstichprobe ersetzt, da sich die Itemmittelwerte der drei Patientengruppen bei einem Großteil der Items statistisch signifikant unterschieden.

Tabelle 35

*Zusammenfassung der Itemstatistik FEIV*

Stichprobe	N	%-Anteil an Missings	$r_i < ,30$	$P_i < 20$ bzw. $> 80$
<b>Patientenstichprobe</b>	1.561	0,1%	<b>12 von 30 Items</b> 2, 4, 6, 9, 10, 14, 15, 18, 22, 26, 27, 29	keines
<b>Allgemeine Psychiatrie</b>	743	0,1%	<b>11 von 30 Items</b> 2, 6, 9, 10, 14, 15, 18, 22, 26, 27, 29	keines
<b>Suchttherapie</b>	407	0,1%	<b>11 von 30 Items</b> 2, 4, 6, 9, 10, 14, 15, 18, 22, 26, 27	keines
<b>Psychosomatik/Psychotherapie</b>	411	0%	<b>14 von 30 Items</b> 2, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 14, 15, 18, 19, 22, 26	keines
<b>Bevölkerung</b>	1.278	0,7%	<b>11 von 30 Items</b> 2, 6, 9, 10, 11, 14, 15, 18, 22, 26, 27	keines
<b>Retest Studierende</b>	171	0,7%	<b>13 von 30 Items</b> 2, 3, 6, 9, 10, 11, 14, 15, 18, 22, 26, 27, 29	<b>1 von 30 Items mit <math>P_i &lt; 20</math></b> 6

*Anmerkungen.* Die vollständigen Itemanalysen finden sich im Anhang Tabellen A-71 bis A-76.

### 8.2.2 Skalenstatistik

Die explorative Faktorenanalyse zur Überprüfung der faktoriellen Validität des FEIV wurde in der Zufallsstichprobe A mit  $n=802$  Patienten durchgeführt. Als Resultat der Itemanalysen gingen 18 der ursprünglich 30 FEIV Items in die PCA mit Varimax-Rotation ein. Die Kommunalitäten der Items bewegten sich zwischen ,19 und ,67. Sie lagen somit im niedrigen bis mittlerem Bereich. Der Eigenwerteverlauf ( $\lambda=6,5; 1,9; 1,3$ ) ergaben drei Faktoren mit einer Varianzaufklärung von 54%. Im Scree-Test (vgl. Abbildung A-17 im Anhang) wird deutlich, dass eine ein- oder zwei-Faktorenlösung zu bevorzugen ist. Inhaltlich erscheint die zwei Faktorenlösung mit 47% Varianzaufklärung sinnvoll (vgl. Tabelle 36). Ausgehend vom kleinsten Faktor werden jeweils die ersten fünf Items mit Faktorladungen von  $> ,50$  den Faktoren zugeordnet. Es bilden sich die zwei Bereiche Positive Zuwendung, bestehend aus drei Items der Skala Extraversion und zwei Items der Skala Fürsorgliches Verhalten sowie Eigene Abgrenzung, bestehend aus vier Items der Skala Dominantes Verhalten und einem Item der Skala Extraversion.

Tabelle 36

*Faktorenanalyse FEIV, Zufallsstichprobe A (18 Items, n=802, 2er Lösung)*

Item	h <sup>2</sup>	Faktor	
		1	2
<b>28 EXTRA</b> Ich kann anderen Personen meine Zuwendung zeigen	,52	<b>,68</b>	
<b>16 FÜR</b> Ich kann anderen Personen eine Überraschung bereiten	,46	<b>,68</b>	
<b>12 FÜR</b> Ich kann mich über das Glück anderer Personen begeistern	,46	<b>,67</b>	
<b>17 EXTRA</b> Ich komme mit anderen Personen schnell klar	,58	<b>,67</b>	
<b>13 EXTRA</b> Ich kann mich einer Gruppe von Personen schnell anschließen	,59	<b>,67</b>	
25 EXTRA Ich kann mit anderen Personen Unternehmungen machen	,49	,64	
21 EXTRA Ich kann anderen Personen meine Gefühle offen mitteilen	,47	,63	
1 EXTRA Ich kann mit fremden Personen schnell Bekanntschaft schließen	,59	,61	,47
8 FÜR Ich helfe anderen Personen	,36	,60	
5 EXTRA Ich kann leicht Nähe zu anderen empfinden	,40	,59	
20 FÜR Ich kann die Auffassung einer anderen Person nachvollziehen	,30	,54	
<b>23 DOM</b> Ich kann mich gegenüber anderen Personen durchsetzen	,67		<b>,79</b>
<b>3 DOM</b> Ich kann anderen Personen gegenüber hart sein, wenn nötig	,61		<b>,78</b>
<b>19 DOM</b> Ich kann anderen Personen Grenzen setzen	,58		<b>,74</b>
<b>30 EXTRA</b> Ich kann anderen mitteilen, was ich wirklich will	,55	,44	<b>,60</b>
<b>7 DOM</b> Ich zeige anderen Personen, dass ich sauer bin	,32		<b>,56</b>
11 DOM Ich behalte andere Personen im Auge	,19		,44
24 FÜR Ich erwarte, von anderen Personen ernstgenommen zu werden	,29		,43

*Anmerkungen.* Nur fett hervorgehobene Items werden in die neuen Skalen einbezogen. Neben den Item-Nummern wird deren theoretische Skalenzuordnung angegeben: EXTRA = Extraversion, FÜR = Fürsorgliches Verhalten, DOM = Dominantes und autoritäres Verhalten.

In Tabelle 37 sind die Mittelwerte der theoretischen und der explorativen Skalen jeweils für die Patienten- und die Bevölkerungsstichprobe dargestellt. Durch die neue Skalenstruktur haben sich deutliche Veränderungen im FEIV ergeben. Während die theoretischen Skalen sowohl Ressourcen als auch Belastungen erfragt haben, orientieren sich die neuen Skalen ausschließlich an Ressourcen, d.h. eine positive Skalenausprägung ist entsprechend gut. Bei den explorativ ermittelten Skalen weisen die Patienten jeweils geringere Skalenmittelwerte auf. Im Gegensatz dazu zeigen sich bei den theoretischen Skalen noch höhere Skalenmittelwerte der Patienten auf der Skala Unterwürfiges Verhalten (= Belastung).

Tabelle 37

*Skalenanalyse der theoretischen und explorativen FEIV Skalen*

Skalenbezeichnung	Items	Patientenstichprobe (N=1.561)	Bevölkerung	
		M (SD)	T1 (N=1.278) M (SD)	Retest (n=171) M (SD)
<b>Theoretische Skalen</b>	<b>30</b>			
Extraversion	9	3,42 (0,9)	4,09 (0,8)	3,72 (0,8)
Unterwürfiges Verhalten	8	3,27 (0,8)	2,88 (0,6)	2,91 (0,6)
Dominantes und autoritäres Verhalten	7	2,91 (0,7)	3,17 (0,7)	3,09 (0,6)
Fürsorgliches Verhalten	6	4,11 (0,7)	4,47 (0,7)	4,43 (0,6)
<b>Explorative Skalen</b>	<b>10</b>			
Positive Zuwendung	5	3,61 (0,9)	4,15 (0,8)	4,04 (0,8)
Eigene Abgrenzung	5	3,19 (0,9)	3,72 (0,8)	3,56 (0,7)

Im Anschluss an die Ermittlung der Skalenmittelwerte und Standardabweichungen folgt die konfirmatorische Prüfung der theoretischen und der explorativ ermittelten Skalen jeweils in der Patienten- und in der Bevölkerungsstichprobe. Aus Tabelle 38 wird ersichtlich, dass keines der getesteten FEIV Modelle gute Modell-Fit Kriterien aufzeigt. In der Patientenstichprobe verbessern sich durch die explorativ ermittelte Skalenstruktur ein Teil der Parameter, während sich der RMSEA verschlechtert. Dieser Effekt kann ebenfalls in der Bevölkerungsstichprobe beobachtet werden. Tendenziell erscheint jedoch die explorativ ermittelte Struktur gegenüber der theoretischen überlegen. Besonders in der Bevölkerungsstichprobe führte die Veränderung der Skalenstruktur zu einer deutlichen Verbesserung der Modelgüte.

Tabelle 38

*Konfirmatorische Prüfung der FEIV Skalen*

Stichprobe	Modell	$\chi^2$ , df, p	RMSEA	TLI	CFI
Zufall B (n=770)	Theoretische Skalen FEIV	$\chi^2=3535$ df=399 p<0,001	,09	,72	,74
Zufall B (n=770)	Explorative Skalen FEIV	$\chi^2=400$ df=34 p<0,001	,12	,80	,85
Bevölkerung (N=1.278)	Theoretische Skalen FEIV	$\chi^2=3786$ df=399 p<0,001	,08	,69	,72
<u>Bevölkerung (N=1.278)</u>	<u>Explorative Skalen FEIV</u>	<u><math>\chi^2=489</math> df=34 p&lt;0,001</u>	<u>,10</u>	<u>,84</u>	<u>,88</u>

*Anmerkungen.* Annahme des Modells bei RMSEA<0,06 sowie TLI und CFI  $\geq$  0,95. Eine ausführliche Darstellung findet sich im Anhang Tabelle A-58. Das Modell mit den besten Modell-Fit Kriterien ist unterstrichen.

Die Skalenstatistik wird abgeschlossen durch Skaleninterkorrelationen der explorativ ermittelten FEIV Skalen. Tabelle 39 zeigt, dass diese in der Bevölkerungsstichprobe etwas größer ausfällt, jedoch in beiden Stichproben hohe Effektstärken erreicht. Zwischen den Dimensionen Positive Zuwendung und Eigene Abgrenzung besteht somit ein hoher Zusammenhang und diese können nicht als voneinander unabhängig bezeichnet werden.

Tabelle 39

*Skaleninterkorrelationen FEIV*

Variable		Positive Zuwendung	Eigene Abgrenzung
<b>Positive Zuwendung</b>	r (d)	1	<b>,46** (1,04)</b>
<b>Eigene Abgrenzung</b>	r (d)	<b>,51** (1,19)</b>	1

*Anmerkungen.* \*\* p<0,01;  $d = \frac{2r}{\sqrt{1-r^2}}$ ;  $d \geq 0,2$  = kleiner Effekt,  $d \geq 0,5$  = mittlerer Effekt,  $d \geq 0,8$  = großer Effekt; Große Effekte sind fett hervorgehoben. Der höchste ermittelte Effekt ist unterstrichen. Patientenstichprobe oberes Dreieck und Bevölkerungsstichprobe unteres Dreieck.

Insgesamt belegen die Ergebnisse der Skalenstatistik nur tendenziell die positiven Effekte der Kürzung des FEIV von 30 auf 10 Items. Die explorative Faktanalyse hat vor allem gezeigt, dass die vier theoretisch formulierten Dimensionen interpersonalen

Verhaltensweisen in dieser Stichprobe empirisch nicht nachgewiesen werden konnten. In den nachfolgenden Analysen werden die Reliabilität und die Validität des FEIV ausführlich geprüft, um weitere Belege für die Kürzung des FEIV auf zwei Dimensionen mit insgesamt 10 Items zu finden.

### 8.2.3 Reliabilität

Zur Beurteilung der Güte des FEIV wurden die interne Konsistenz (Cronbach's  $\alpha$ ) und die Retest-Reliabilität für die theoretischen und die explorativ ermittelten Skalen bestimmt. Aus Tabelle 40 geht hervor, dass die interne Konsistenz innerhalb der Patientenstichprobe für die theoretischen Skalen zwischen befriedigend und gut liegt und durch die Optimierung die Spannweite deutlich geringer ist. Die interne Konsistenz der zwei explorativ ermittelten Skalen kann bei Berücksichtigung der Skalengröße von jeweils fünf Items als gut bezeichnet werden. In der Bevölkerungsstichprobe führte die Optimierung des FEIV ebenfalls zu einer Verbesserung der Reliabilität. Sowohl die interne Konsistenz als auch die Retest-Reliabilität liegen im guten Bereich.

Tabelle 40

*Reliabilität der theoretischen und explorativen FEIV Skalen*

Skalenbezeichnung	Items	Patientenstichprobe (N=1.561)	Bevölkerung		
			T1 (N=1.278)	Retest (n=171)	
		$\alpha$	$\alpha$	$\alpha$	$r_{tt}$
<b>Theoretische Skalen</b>	<b>30</b>				
Extraversion	9	,88	,86	,88	,90**
Unterwürfiges Verhalten	8	,78	,68	,71	,82**
Dominantes und autoritäres Verhalten	7	,73	,73	,70	,78**
Fürsorgliches Verhalten	6	,72	,72	,76	,77**
<b>Explorative Skalen</b>	<b>10</b>				
Positive Zuwendung	5	,77	,76	,84	,82**
Eigene Abgrenzung	5	,79	,77	,76	,78**

Anmerkungen. \*\*  $p < 0,01$

Insgesamt zeigt die Analyse der Reliabilität, dass bei Berücksichtigung der Itemanzahl die Koeffizienten als akzeptabel bewertet werden können. Gegenüber der theoretischen Struktur konnte so der Itemumfang, bei gleichbleibender Reliabilität, um 67% reduziert werden.

### 8.2.4 Differentielle- und Konstruktvalidität

Im Rahmen der Validitätsanalysen folgen zunächst Befunde zur differentiellen- und anschließend zur Konstruktvalidität. Im Rahmen der differentiellen Validität wird der Einfluss soziodemografischer und klinischer Variablen auf die Skalenausprägung geprüft. Diese Berechnungen dienen als Grundlage, später geeignete Norm- bzw. Cut-Off Werte zu

bestimmen. In Tabelle 41 sind die Mittelwertsunterschiede zwischen den Patienten und der Bevölkerung dargestellt. Erwartungsgemäß fanden sich auf beiden FEIV Skalen signifikante Unterschiede zwischen Patienten und der Bevölkerung. Auf beiden Dimensionen berichteten Patienten niedrigere Skalenwerte. Demnach fiel es Personen aus der Bevölkerung leichter, einerseits anderen Menschen gegenüber zu treten und andererseits anderen Menschen Grenzen zu setzen. Die ermittelten Effektstärken lagen im mittleren Bereich und waren mit  $d=-0,63$  für die Skala Positive Zuwendung am höchsten.

Tabelle 41

*Mittelwertsunterschiede FEIV*

Variable		Positive Zuwendung	Eigene Abgrenzung
		$t=-17,15$ $df=2821$ $p<0,001$ $t=-16,72$ $df=2818$ $p<0,001$	
		$d$	$d$
Patienten (N=1.561)	M (SD)	<u>-0,63</u> 3,61 (0,9)	-0,51 3,19 (0,9)
Bevölkerung (N=1.278)	M (SD)	4,15 (0,8)	3,62 (0,8)

*Anmerkungen.*  $d \geq 0,2$  = kleiner Effekt,  $d \geq 0,5$  = mittlerer Effekt,  $d \geq 0,8$  = großer Effekt  
Der höchste ermittelte Effekt ist unterstrichen.

Innerhalb der Patientenstichprobe wurden weiterhin Geschlechtsunterschiede geprüft. Vermutet wurde, dass Frauen einen höheren Mittelwert bei der Skala Positive Zuwendung aufweisen und es ihnen gleichzeitig schwerer fällt, anderen Menschen bzw. der eigenen Familie Grenzen zu setzen. Für die zwei Skalen konnten signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen ermittelt werden. Allerdings waren die Effekte nur sehr gering. Lediglich der Effekt der Skala Eigene Abgrenzung lag im kleinen Bereich. Die Unterschiede auf der Skala Positive Zuwendung sind mit  $d=-0,11$  eher vernachlässigbar. Die deskriptive Analyse der Mittelwerte stützt jedoch die Vermutungen, dass Frauen häufiger Probleme in der eigenen Abgrenzung und mehr positive Zuwendung als Männer zeigen.

Tabelle 42

*Geschlechtsunterschiede FEIV*

Variable		Positive Zuwendung	Eigene Abgrenzung
		$t=-2,25$ $df=1559$ $p<0,05$ $t=8,72$ $df=1559$ $p<0,001$	
		$d$	$d$
Männer (N=748)	M (SD)	-0,11 3,56 (0,9)	<u>0,42</u> 3,39 (0,9)
Frauen (N=813)	M (SD)	3,66 (0,9)	3,01 (0,9)

*Anmerkungen.*  $d \geq 0,2$  = kleiner Effekt,  $d \geq 0,5$  = mittlerer Effekt,  $d \geq 0,8$  = großer Effekt  
Der höchste ermittelte Effekt ist unterstrichen.

Alterseffekte im FEIV wurden korrelativ bestimmt (vgl. Tabelle 43). Zu erwarten sind dabei jedoch nur sehr kleine Effekte, da interpersonale Verhaltensweisen größtenteils durch Lebenserfahrungen und frühe Bindungserfahrungen beeinflusst werden. Lediglich für die

Skala Eigene Abgrenzung konnte ein kleiner Effekt ermittelt werden. Auf die Ausprägung der Skala Positive Zuwendung schien das Alter hingegen keinen bzw. nur sehr geringen Einfluss zu haben.

Tabelle 43

*Alterseffekte FEIV Patienten*

Variable	Positive Zuwendung	Eigene Abgrenzung
r (d)	,07** (0,14)	<u>-,15** (-0,3)</u>

Anmerkungen. \*\*  $p < 0,01$ ;  $d = \frac{2r}{\sqrt{1-r^2}}$ ;  $d \geq 0,2$  = kleiner Effekt,  $d \geq 0,5$  = mittlerer Effekt,  $d \geq 0,8$  = großer Effekt; Der höchste ermittelte Effekt ist unterstrichen.

Um den Einfluss des Alters auf die Skalenausprägung differenzierter betrachten zu können zeigt Abbildung 7 grafisch die Mittelwertsverteilung für sieben Altersgruppen an. Der Abbildung kann entnommen werden, dass die Ausprägung der Skala Positive Zuwendung über die untersuchten Altersgruppen relativ konstant bleibt und nur sehr geringfügig ansteigt. Die Ausprägung der Skala Eigene Abgrenzung unterliegt, deskriptiv betrachtet, mehr Schwankungen. In der Altersgruppe von 50-59 wurden die geringsten Mittelwerte berichtet. Der Mittelwert erhöht sich jedoch in der Altersgruppe der Patienten von über 60 Jahren wieder.

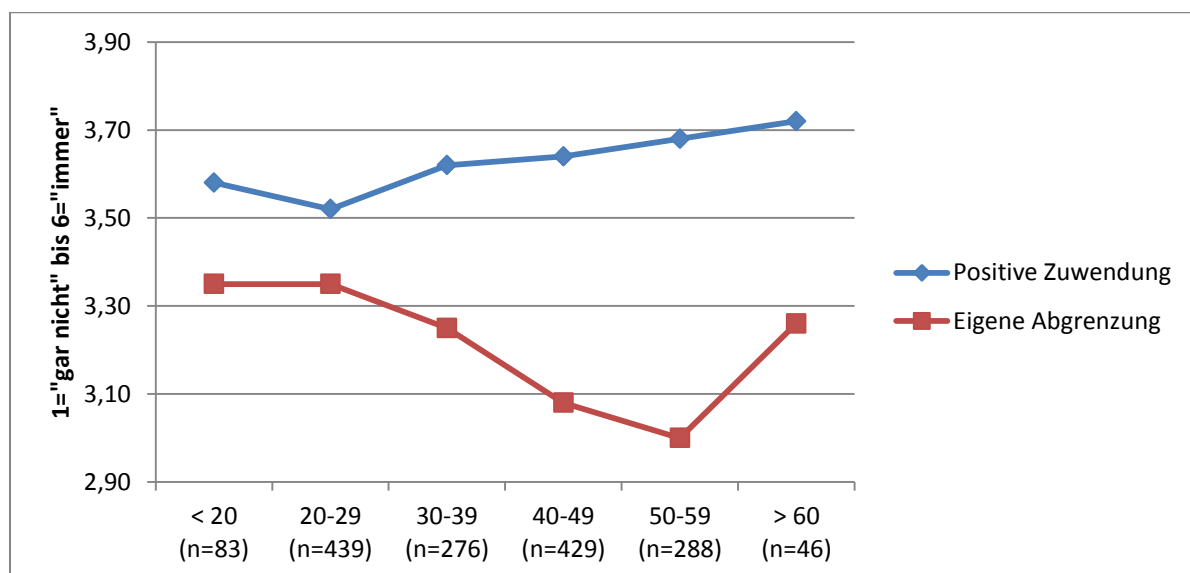


Abbildung 7

*Profildarstellung FEIV nach Altersgruppen, Patientenstichprobe*

Im Anschluss an soziodemografische Einflussfaktoren wird der Einfluss klinischer Variablen geprüft. Varianzanalytisch wird ermittelt, ob die Zuordnung der Patienten zu den Teilstichprobe Allgemeine Psychiatrie, Suchttherapie und Psychosomatik/Psychotherapie

einen Einfluss auf die Skalenausprägung hat. Diese Differenzierung ist notwendig, um zu prüfen ob Norm- bzw. Cut-Off Werte für die einzelnen Gruppen bestimmt werden müssen. Vermutet werden nur sehr geringe Unterschiede zwischen den Patientengruppen. Tabelle 44 zeigt, dass sich für beide FEIV Dimensionen signifikante Unterschiede zwischen den Patientengruppen ergeben. Für beide Dimensionen ergeben sich dabei kleine Effekte. Der Effekt auf der Skala Eigene Abgrenzung ist am deutlichsten. Hier zeigen weiterhin alle nachgeschalteten Post Hoc Test statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Patientengruppen an. Die Patienten der Suchttherapie berichten dabei die höchsten und die Patienten der Psychosomatik die niedrigsten Mittelwerte. Auf der Skala Positive Zuwendung unterscheiden sich hingegen die Mittelwerte der Patienten der Allgemeinen Psychiatrie von denen der Suchttherapie nicht.

Tabelle 44

*Unterschiede FEIV nach Patientengruppe*

Variable		Positive Zuwendung	Eigene Abgrenzung
		$F=9,94$ $p<0,001$ $\eta^2=0,01$	$F=44,29$ $p<0,001$ $\eta^2=0,05$
Allgemeine Psychiatrie (n=743)	M (SD)	3,65 (0,9) AP>PP	3,14 (0,9) AP<ST; AP>PP
Suchttherapie (n=407)	M (SD)	3,70 (0,9) ST>PP	3,51 (0,9) ST>AP, PP
Psychosomatik/Psychotherapie (n=411)	M (SD)	3,44 (0,8) PP<AP, ST	2,96 (0,9) PP<AP, ST

*Anmerkungen.*  $\eta^2 \geq 0,01$  = kleiner Effekt,  $\eta^2 \geq 0,06$  = mittlerer Effekt,  $\eta^2 \geq 0,14$  = großer Effekt;  
Der höchste ermittelte Effekt ist unterstrichen. Bei signifikanten Ergebnissen werden signifikante nachgeschaltete Einzelvergleiche dargestellt.

Zur Veranschaulich der Ergebnisse von Tabelle 44 werden diese in Abbildung 8 grafisch dargestellt. Aus der Abbildung geht ebenfalls hervor, dass die Unterschiede in der Ausprägung der Skala Positive Zuwendung nicht so groß sind wie die der Skala Eigene Abgrenzung. Insgesamt wird jedoch sowohl aus Tabelle 44 als auch aus Tabelle 8 ersichtlich, dass die Patienten der Psychosomatik die wenigsten Ressourcen im interpersonalen Bereich haben und die Suchtpatienten gleichzeitig die meisten Ressourcen angeben.



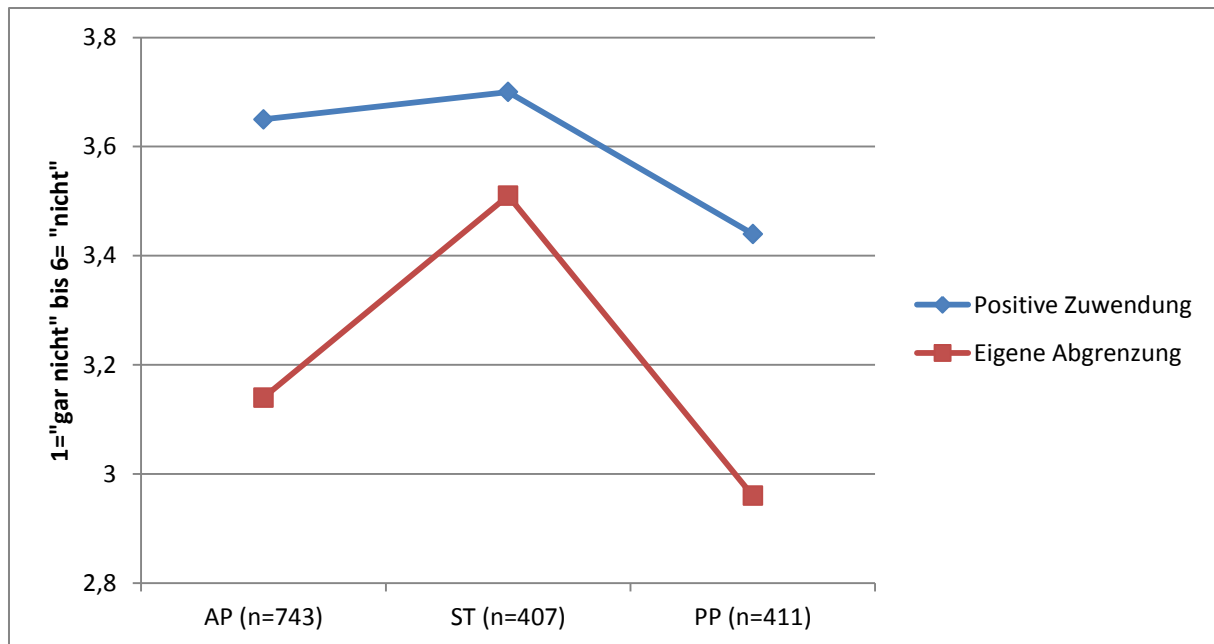


Abbildung 8

*Profil Darstellung FEIV nach Teilmodul*

Zur differenzierteren Betrachtung der klinischen Einflussfaktoren werden nachfolgend die ICD-10 Diagnosen herangezogen. Es wird vermutet, dass Patienten mit Verhaltensstörungen und Patienten mit Persönlichkeitsstörungen die meisten Probleme im interpersonalen Verhalten haben. Aus Tabelle 45 geht hervor, dass die größten Diagnoseunterschiede mit mittlerer Effektstärke auf der Skala Eigene Abgrenzung bestehen. Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen berichten auf dieser Skala signifikant niedrigere Mittelwerte als die anderen untersuchten Patientengruppen. Die deskriptive Analyse der Skalenmittelwerte zeigt, dass Patienten mit Affektiven Störungen die geringsten Ressourcen in Bezug auf die Eigene Abgrenzung angeben. Die Unterschiede auf der Skala Positive Zuwendung sind hingegen nur gering. Allerdings zeigen auch hier die Post Hoc Tests, dass Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen erwartungsgemäß höhere interpersonale Ressourcen angeben als Patienten mit Persönlichkeitsstörungen.

Tabelle 45

*Diagnoseunterschiede FEIV*

Variable		Positive Zuwendung	Eigene Abgrenzung
Diagnose		$F=7,36$ $p<0,001$ $\eta^2=0,03$	$F=31,10$ $p<0,001$ $\eta^2=0,10$
F1 (n=246)	M (SD)	3,81 (0,9) $F1>F6$	3,68 (0,9) $F1>F3, F40-43, F45-48, F6$
F3 (n=547)	M (SD)	3,54 (0,8)	2,98 (0,8) $F3<F1$
F40-43 (n=230)	M (SD)	3,54 (0,8)	3,08 (0,8) $F40-43<F1$
F45-48 (n=47)	M (SD)	3,70 (1,0)	3,02 (0,9) $F45-48<F1$
F6 (n=84)	M (SD)	3,28 (0,8) $F6<F1$	3,16 (1,0) $F6<F1$

Anmerkungen.  $\eta^2 \geq 0,01$  = kleiner Effekt,  $\eta^2 \geq 0,06$  = mittlerer Effekt,  $\eta^2 \geq 0,14$  = großer Effekt  
 Der höchste ermittelte Effekt ist unterstrichen. Bei signifikanten Ergebnissen werden signifikante nachgeschaltete Einzelvergleiche dargestellt. Auf die Darstellung von Diagnosegruppen weniger als n=45 Personen wird verzichtet.

Zur besseren Visualisierung werden die Diagnoseunterschiede zusätzlich in Abbildung 9 grafisch dargestellt. Die Grafik enthält dabei zwei weitere, für die varianzanalytische Prüfung zu gering besetzte, Diagnosegruppen. Aus der Abbildung geht hervor, dass Patienten mit Suchterkrankungen auf allen FEIV Skalen die höchsten Skalenmittelwerte aufweisen. Bei Betrachtung der Spannweite der Skalen sind die Mittelwertsunterschiede insgesamt jedoch eher als gering zu bezeichnen.

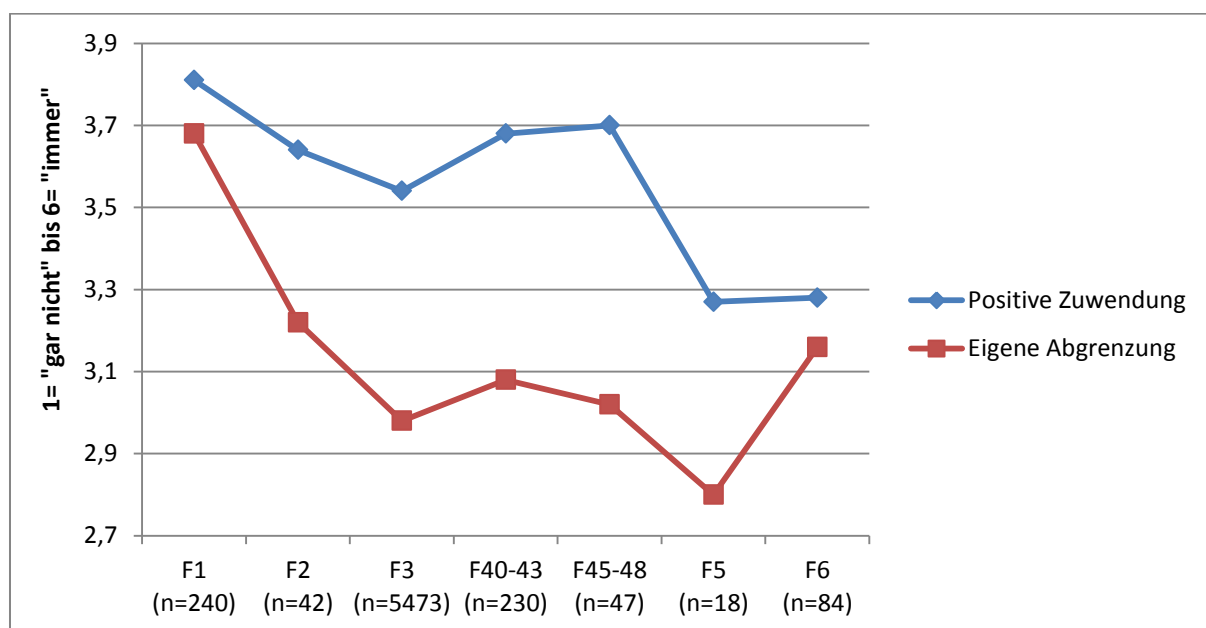


Abbildung 9

*Profildarstellung FEIV nach Diagnose*

Der Einfluss der soziodemografischen Variablen Alter und Geschlecht wurde ebenfalls in der Bevölkerungsstichprobe untersucht. Analog zu den Ergebnissen in der Patientenstichprobe ergaben sich nur niedrige Effekte für das Geschlecht (vgl. Tabelle A-89 im Anhang). Der höchste Effekt konnte mit  $d=-0,37$  für die Skala Positive Zuwendung ermittelt werden. Frauen berichteten auf dieser Skala erwartungsgemäß höhere Mittelwerte als Männer. Auf der Skala Eigene Abgrenzung berichteten hingegen die Männer höhere Mittelwerte. Alterseffekte konnten in der Bevölkerungsstichprobe nur für die Skala Eigene Abgrenzung ermittelt werden (vgl. Tabelle A-90 im Anhang). Aus Abbildung A-18 im Anhang wird ersichtlich, dass die Skalenmittelwerte mit höherem Alter wieder sinken. Insgesamt konnte jedoch kein großer Zusammenhang zwischen den interpersonalen Verhaltensweisen und dem Alter ermittelt werden.

Zusammengefasst zeigen die Befunde zur differentiellen Validität, dass die Ausprägung der FEIV Skalen nur in sehr geringem Maß von soziodemografischen Variablen beeinflusst wird. Wichtig erscheint bei der Anwendung des FEIV wiederum die Differenzierung zwischen Suchtpatienten und Patienten anderer Diagnosegruppen zu sein.

Die Validitätsanalysen werden vervollständigt durch Analysen der Konstruktvalidität. Dafür werden Korrelationen zu konstruktnahen standardisierten Testverfahren ermittelt. Für die Patientenstichprobe liegen aus organisatorischen Gründen (schlechter Rücklauf und fehlenden Verknüpfung der papier- und der mit SATEP erhobenen Fragebögen) nur von  $n=26$  Patienten Daten zur Validierung vor. Diese 26 Patienten füllten im Anschluss an die SATEP Befragung das Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme aus. Die Skalen des FEIV werden mit denen des IIP-C verglichen und korreliert. Zu erwarten sind dabei hohe negative Zusammenhänge zwischen den IIP-C Dimensionen Fürsorglich/Freundlich und Abweisend/Kalt mit der FEIV Skala Positive Zuwendung. Erwartet werden ebenfalls hohe negative Zusammenhänge der IIP-C Skalen Ausnutzbar/Nachgiebig und Abweisend/Kalt mit der FEIV Skala Eigene Abgrenzung. Tabelle 46 zeigt, dass die FEIV Dimensionen hauptsächlich negativ mit den IIP-C Skalen korrelieren. Dieses Ergebnis ist nicht überraschend, da die FEIV Dimensionen interpersonale Verhaltensweisen als Ressourcen und das IIP-C interpersonale Probleme erfasst. Die Konstruktvalidität der Skala Positive Zuwendung des FEIV konnte durch hohe negative Korrelationen mit den IIP-C Skalen Introvertiert/Sozial vermeidend, Ausnutzbar/Nachgiebig und Abweisend/Kalt nachgewiesen werden. Die Effekte mit der Skala Eigene Abgrenzung fielen deutlich höher aus. Der deutlichste negative Zusammenhang ergab sich erwartungsgemäß zwischen der Skala Eigene Abgrenzung und Ausnutzbar/Nachgiebig. Weitere hohe negative Effekte ergaben sich zu den Skalen Introvertiert/Sozial vermeidend und Unterwürfig/Selbstsicher.

Tabelle 46

*Korrelationen FEIV in der Patientenstichprobe*

Skalen		Positive Zuwendung	Eigene Abgrenzung
<b>Inventar zur Erfassung interpersonalen Probleme (IIP-C)</b>			
PA - zu autokratisch/dominant	r	,31	<b>,51**</b>
	d	0,65	<b>1,19</b>
BC - zu streitsüchtig/konkurrierend	r	-,24	-,08
	d	-0,49	-0,16
DE - zu abweisend/kalt	r	<b>-,42*</b>	-,16
	d	<b>-0,93</b>	-0,32
FG - zu introvertiert/sozial vermeidend	r	<b>-,55**</b>	<b>-,65**</b>
	d	<b>-1,32</b>	<b>-1,71</b>
HI - zu unterwürfig/selbstunsicher	r	-,36	<b>-,68**</b>
	d	0,77	<b>1,85</b>
JK - zu ausnutzbar/nachgiebig	r	<b>-,44*</b>	<b>-,73**</b>
	d	<b>0,98</b>	<b>-2,14</b>
LM- zu fürsorglich/freundlich	r	-,08	<b>-,50**</b>
	d	0,16	<b>1,15</b>
NO - zu expressiv/aufdringlich	r	,01	,08
	d	0,02	0,16
IIP-Gesamtwert	r	-,33	<b>-,47*</b>
	d	0,70	<b>1,06</b>

*Anmerkungen.*  $d \geq 0,2$  = kleiner Effekt,  $d \geq 0,5$  = mittlerer Effekt,  $d \geq 0,8$  = großer Effekt  
 Große Effekte sind fett hervorgehoben. Der höchste ermittelte Effekt ist unterstrichen.  
 IIP-C n=26, \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$

Die Aussagen in der Patientenstichprobe basieren leider nur auf einer sehr geringen Stichprobe von n=26 Patienten. Für die Bevölkerungsstichprobe konnte die Konstruktvalidität bei n=583 Personen bestimmt werden (vgl. Tabelle A-91 im Anhang). Innerhalb der großen Bevölkerungsstichprobe fielen die Korrelationen der FEIV und der IIP-C Dimensionen deutlich niedriger aus. Lediglich für zwei Korrelationen der Skala Positive Zuwendung konnten große Effektstärken ermittelt werden; Abweisend/Kalt und Introvertiert/vermeidend. Mit der Skala Eigene Abgrenzung ergaben sich ebenfalls zwei hohe negative Effekte, allerdings inhaltlich überzeugend mit den Skalen Unterwürfig/Selbstunsicher und Ausnutzbar/Nachgiebig.

Insgesamt können die Ergebnisse sowohl in der Patienten- als auch der Bevölkerungsstichprobe als Beleg der Konstruktvalidität angesehen werden. Es zeigen sich deutlich inhaltliche Überschneidungen der empirisch ermittelten zwei FEIV Dimensionen zu den acht Skalen des IIP-C. Deutlich wird jedoch auch der Fokus des FEIV auf Ressourcen und der Verzicht auf die Defizitorientierung des Verfahrens.

### 8.3 Soziale Unterstützung

SATEP erhebt die wahrgenommene soziale Unterstützung im Therapieverlauf. Der Fragebogen zur Erfassung sozialer Unterstützung in Alltagssituationen (FUSA) erfasst mit 36 Items positive Effekte sozialer Unterstützung wie (1) *Emotionale und praktische Unterstützung* (12 Items), (2) *Zusammenhalt und gegenseitige Hilfe* (6 Items) sowie (3) *Soziale Unterstützung durch Freunde und Bekannte* (5 Items), negative Effekte in Form von (4) *Belastungen durch Freunde* (4 Items) und (5) *Belastungen durch Verwandte* (5 Items) sowie das (6) das *Bedürfnis nach sozialer Unterstützung* (4 Items).

#### 8.3.1 Itemstatistik

Die Auswertung der Itemanalyse des FUSA erfolgt getrennt für die Teilstichproben. Eine vollständige Darstellung der Itemanalysen der einzelnen Teilstichproben findet sich im Anhang (Tabellen A-77 bis A-82). In Tabelle 47 ist die Itemanalyse der Patientenstichprobe dargestellt. Der Anteil fehlender Werte im FUSA ist gering und liegt insgesamt bei 0,3%. Das Item 8 (Meine Verwandte reden mir bei vielen Dingen rein.) weist auf Grund eines technischen Defekts bei der Darbietung den höchsten Anteil fehlender Antworten auf. In der Patientenstichprobe liegt die Schwierigkeit der FUSA Items im mittleren Bereich. Bei 13 der 36 FUSA Items ist hingegen die Trennschärfe als gering zu beurteilen.

Tabelle 47

*Itemanalyse FUSA in der Patientenstichprobe (N=1.583)*

Item	Missing	M (SD)	Schiefe	r <sub>i</sub>	P <sub>i</sub>
<b>Emotionale und Praktische Unterstützung (EMO; 12 Items)</b>					
35 In der Nähe einer vertrauten Person fühle ich mich wohl	4 (0,3%)	4,68 (1,3)	-0,70	,508	74
1 Ich kann jederzeit auf Unterstützung durch eine vertraute Person zählen	2 (0,1%)	4,64 (1,4)	-0,72	,591	73
7 Eine vertraute Person ist für mich gut erreichbar	8 (0,5%)	4,63 (1,5)	-0,79	,576	73
13 Es gibt Personen, die mich mit dem Auto zu einem Termin fahren würden	6 (0,4%)	4,29 (1,5)	-0,47	,540	66
29 Bin ich länger unterwegs, gibt es Personen, die sich um meine Wohnung kümmern	7 (0,4%)	4,15 (1,8)	-0,46	,463	63
32 Persönliche Dinge kann ich mit einer vertrauten Person besprechen	2 (0,1%)	4,08 (1,6)	-0,30	,545	62
25 Sollte ich krank sein, kann mich auf andere Menschen verlassen	2 (0,1%)	4,06 (1,5)	-0,24	,544	61
33 Beim Ausfüllen von Anträgen/ Verfassen von formellen Briefen könnte ich jemanden um Hilfe bitten	6 (0,4%)	3,98 (1,6)	-0,17	,472	60
31 Ich könnte kurzfristig bei anderen Personen unterkommen	5 (0,3%)	3,74 (1,8)	-0,10	,588	55
34 Wenn nötig könnte ich mir Nahrungsmittel oder Haushaltsgegenstände von Bekannten borgen	10 (0,6%)	3,71 (1,7)	-0,01	,555	54
19 Es gibt Personen, die dringende Besorgungen für mich übernehmen würden	3 (0,2%)	3,71 (1,5)	-0,03	,582	54
36 Freunde und Verwandte besprechen wichtige persönliche Probleme mit mir	4 (0,3%)	3,59 (1,6)	-0,01	,579	52

*Fortsetzung*

Item	Missing	M (SD)	Schiefe	r <sub>i</sub>	P <sub>i</sub>
<b>Belastungen durch Verwandte (BELV; 5 Items)</b>					
14 Meine Verwandten kritisieren mich zu oft	5 (0,3%)	2,85 (1,4)	0,52	,137	37
2 Verwandte versuchen, mir mein Denken und meine Handlungen vorzuschreiben	1 (0,1%)	2,83 (1,5)	0,93	,145	37
20 Meine Verwandten machen mir ein schlechtes Gewissen	3 (0,2%)	2,73 (1,5)	0,50	,070	35
8 Meine Verwandten reden mir bei vielen Dingen rein	26 (0,7%)	2,69 (1,4)	0,60	,210	34
26 Verwandte engen mich in meinem Lebensalltag ein	5 (0,3%)	2,59 (1,4)	0,65	,092	32
<b>Zusammenhalt &amp; gegenseitige Hilfe (HILFE; 6 Items)</b>					
21 Wenn jemand gedrückter Stimmung ist, kann ich ihn trösten	3 (0,2%)	3,98 (1,3)	-0,22	,452	60
9 In meiner Gegenwart fühlen sich meine Freunde wohl	6 (0,4%)	3,95 (1,3)	-0,27	,574	59
3 In meiner Gegenwart fühlen sich andere Menschen wohl	1 (0,1%)	3,80 (1,2)	-0,09	,516	56
27 In meiner Gegenwart fühlen sich meine Verwandten wohl	5 (0,3%)	3,69 (1,4)	-0,03	,439	54
15 Meine Ratschläge werden oft eingeholt	4 (0,3%)	3,24 (1,1)	0,16	,465	45
30 Meine Gefühle kann ich anderen gegenüber offen zeigen	3 (0,2%)	2,95 (1,4)	0,64	,391	39
<b>Belastungen durch Freunde (BELF; 4 Items)</b>					
10 Meine Freunde kritisieren mich zu oft	2 (0,1%)	2,25 (1,0)	0,88	,135	25
22 Freunde versuchen, mir mein Denken und meine Handlungen vorzuschreiben	2 (0,1%)	2,08 (1,2)	1,08	,074	22
4 Meine Freunde reden mir bei vielen Dingen rein	5 (0,3%)	2,07 (1,1)	1,18	,147	21
16 Meine Freunde machen mir ein schlechtes Gewissen	2 (0,1%)	2,04 (1,1)	1,10	,028	21
<b>Bedürfnis nach sozialer Unterstützung (BEDÜRF; 4 Items)</b>					
5 Ich wünsche mir mehr Unterstützung	0 (0%)	3,41 (1,2)	0,20	,109	48
11 Ich wünsche mir mehr Hilfsbereitschaft von anderen	2 (0,1%)	3,36 (1,2)	0,23	,282	47
17 Ich wünsche mir mehr praktische Hilfe durch andere	4 (0,3%)	3,17 (1,1)	0,21	,207	43
23 Ich wünsche mir mehr Mitgefühl von anderen	0 (0%)	2,97 (1,3)	0,27	,225	39
<b>Soziale Unterstützung durch Freunde und Bekannte (SOZU; 4 Items)</b>					
28 Ich komme mir oft als Einzelgänger oder Außenseiter vor	3 (0,2%)	3,18 (1,6)	0,15	-,372	44
18 Ich habe Freunde oder Bekannten, mit denen ich etwas unternehme	2 (0,1%)	3,18 (1,5)	0,30	,556	44
24 Mein Freundeskreis gibt mir oft gute Hinweise	2 (0,1%)	3,15 (1,4)	0,18	,539	43
6 Ich gehöre einem Freundeskreis (einer Clique) an	5 (0,3%)	2,69 (1,8)	0,65	,454	34
12 Personen aus meinem Freundeskreis betrachten das Lebens so ähnlich wie ich	5 (0,3%)	2,63 (1,6)	0,61	,467	33

*Anmerkungen.* Relevante Kenngrößen (r<sub>i</sub> <,30 und P<sub>i</sub> <20 und >80) sind hervorgehoben. Zur besseren Übersicht sind die Items zusätzlich hierarchisch pro Skala nach der Höhe sozialen Unterstützung bzw. der Belastung oder dem Bedarf an sozialer Unterstützung sortiert.

Die Zusammenfassung aller Itemanalysen kann Tabelle 48 entnommen werden. Die Missing-Quote ist in allen Stichproben gering. Weiterhin zeigen 13 der 36 FUSA Items über alle Teilstichprobe der Patienten schlechte Trennschärfen (Items 2, 4, 5, 8, 10, 11, 14, 16, 17, 20, 22, 23 und 26). In der Stichprobe der Suchtpatienten ist weiterhin bei 2 der 36 FUSA Items die Schwierigkeit zu hoch. Die Ergebnisse in der Bevölkerung sind vergleichbar mit denen der Patienten. Insgesamt 14 Items weisen in der Bevölkerungsstichprobe und 11 in der Teilstichprobe Studierender eine schlechte Trennschärfe auf. In den Bevölkerungsstichproben erzielen weiterhin 10 bzw. 11 Items schlechte Ergebnisse in der Schwierigkeit. In der Bevölkerungsstichprobe sind 5 Items als zu schwer und 5 Items als zu leicht zu beurteilen. Auf Basis der Ergebnisse der Patientenstichprobe werden 13 der 36 FUSA Items von den nachfolgenden Analysen ausgeschlossen.

Tabelle 48

*Zusammenfassung der Itemstatistik FUSA*

Stichprobe	N	%-Anteil an Missings	$r_i < ,30$	$P_i < 20$ bzw. $> 80$
<b>Patientenstichprobe</b>	1.583	0,3%	<b>13 von 36 Items</b> 2, 4, 5, 8, 10, 11, 14, 16, 17, 20, 22, 23, 26	keines
<b>Allgemeine Psychiatrie</b>	754	0,3%	<b>12 von 36 Items</b> 2, 4, 5, 8, 10, 14, 16, 17, 20, 22, 23, 26	<b>2 von 36 Items mit <math>P_i &lt; 20</math>:</b> 16, 30
<b>Suchttherapie</b>	417	0,4%	<b>13 von 36 Items</b> 2, 4, 5, 8, 10, 11, 14, 16, 17, 20, 22, 23, 26	keines
<b>Psychosomatik/Psychotherapie</b>	412	0,1%	<b>13 von 36 Items</b> 2, 4, 5, 8, 10, 11, 14, 16, 17, 20, 22, 23, 26	keines
<b>Bevölkerung</b>	1.278	0,5%	<b>14 von 36 Items:</b> 2, 4, 5, 8, 10, 11, 14, 16, 17, 20, 22, 23, 28, 31	<b>5 von 36 Items mit <math>P_i &lt; 20</math>:</b> 4, 10, 16, 20, 28 <b>5 von 36 Items mit <math>P_i &gt; 80</math>:</b> 1, 7, 25, 32, 35 <b>6 von 36 Items mit <math>P_i &lt; 20</math>:</b> 2, 4, 10, 16, 20, 26
<b>Retest Studierende</b>	171	0,5%	<b>11 von 36 Items:</b> 2, 4, 5, 8, 10, 14, 16, 20, 22, 23, 26	<b>5 von 36 Items mit <math>P_i &gt; 80</math>:</b> 1, 7, 25, 32, 35

*Anmerkungen.* Die vollständigen Itemanalysen finden sich im Anhang Tabellen A-77 bis A-82.

Im Anschluss an die Itemanalysen erfolgte die Ersetzung fehlender Itemantworten durch den Itemmittelwert pro Patiententeilstichprobe. Analysen hatten zuvor ergeben, dass sich bei der Hälfte der FUSA Items die Itemmittelwerte der drei Patiententeilstichproben statistisch signifikant voneinander unterschieden.

### 8.3.2 Skalenstatistik

Zur Prüfung der faktoriellen Validität erfolgte eine PCA mit Varimax Rotation über die verbleibenden 23 FUSA Items in der Zufallsstichprobe A mit 813 Patienten. Die Kommunalitäten der Items lagen alle im mittleren Bereich. Es ergaben sich vier Faktoren mit Eigenwert größer 1 ( $\lambda=9,6$ ; 1,8; 1,4; 1,0), die insgesamt 69% der Varianz aufklären. Der Scree-Test zeigte das Vorliegen einer 1-Faktoren Lösung an (vgl. Abbildung A-19 im Anhang). Aus inhaltlicher Sicht sind mit Ausnahme der 1 Faktoren Lösung alle Lösungen abzulehnen. In Tabelle 49 ist daher die 1-Faktoren Lösung mit 42% Varianzaufklärung dargestellt. Von den 23 in die Faktorenanalyse einbezogenen Items laden insgesamt 6 Items mit einer Ladung von  $>,70$  auf dem Faktor und 15 mit einer Ladung  $>,60$ . Inhaltlich wird entschieden, dass die ersten 15 Items einbezogen werden. Zehn dieser Items waren ursprünglich der Skala Emotionale und Praktische Unterstützung, drei der Skala Zusammenhalt und gegenseitige Hilfe und zwei der Skala Soziale Unterstützung durch Freunde und Bekannte zugeordnet.

Tabelle 49

*Faktorenanalyse FUSA, Zufallsstichprobe A (n=813), 1er Lösung*

Item	h <sup>2</sup>	Faktor 1
1 EMO Ich kann auf Unterstützung durch eine vertraute Person zählen	,58	,76
25 EMO Sollte ich krank sein, kann ich mich auf andere Menschen verlassen	,53	,73
32 EMO Persönliche Dinge kann ich mit einer vertrauten Person besprechen	,53	,73
7 EMO Eine vertraute Person ist für mich erreichbar	,52	,72
9 HILFE In meiner Gegenwart fühlen sich meine Freunde wohl	,52	,72
31 EMO Ich könnte kurzfristig bei anderen Personen unterkommen	,52	,72
19 EMO Es gibt Personen, die dringende Besorgungen für mich übernehmen würden	,48	,69
13 EMO Es gibt Personen, die mich mit dem Auto zu einem Termin fahren würden	,47	,68
34 EMO Ich könnte mir Nahrungsmittel oder Haushaltsgegenstände von Bekannten borgen	,46	,68
27 HILFE In meiner Gegenwart fühlen sich meine Verwandten wohl	,45	,67
3 HILFE In meiner Gegenwart fühlen sich andere Menschen wohl	,43	,66
18 SOZU Ich habe Freunde oder Bekannte, mit denen ich etwas unternehme	,44	,66
36 EMO Freunde und Verwandte besprechen wichtige persönliche Probleme mit mir	,43	,66
24 SOZU Mein Freundeskreis gibt mir gute Hinweise	,41	,64
35 EMO In der Nähe einer vertrauten Person fühle ich mich wohl	,41	,64
29 EMO Bin ich länger unterwegs, gibt es Personen, die sich um meine Wohnung kümmern	,38	,59
28 SOZU Ich fühle mich als Einzelgänger oder Außenseiter	,32	-,57
6 SOZU Ich gehöre einem Freundeskreis (einer Clique) an	,31	,56
33 EMO Beim Ausfüllen von Anträgen/ Verfassen von formellen Briefen könnte ich jemanden um Hilfe bitten	,32	,56
12 SOZU Personen aus meinem Freundeskreis betrachten das Leben so ähnlich wie ich	,29	,54
30 HILFE Meine Gefühle kann ich anderen gegenüber offen zeigen	,29	,54
15 HILFE Meine Ratschläge werden eingeholt	,26	,51
21 HILFE Wenn jemand gedrückter Stimmung ist, kann ich ihn trösten	,25	,50

*Anmerkungen.* Nur fett hervorgehobene Items werden in die neuen Skalen einbezogen. Neben den Item-Nummern wird deren theoretische Skalenzuordnung angegeben: EMO = Emotionale und Praktische Unterstützung; HILFE = Zusammenhalt & gegenseitige Hilfe; SOZU = Soziale Unterstützung durch Freunde und Bekannte.

Durch die Faktorenanalyse wird die Soziale Unterstützung künftig als eindimensionales Konstrukt betrachtet. Tabelle 50 zeigt die Mittelwerte und Standardabweichung der theoretischen und explorativen Skalen in der Patienten- und Bevölkerungsstichprobe. Erwartungsgemäß berichten Patienten auf den theoretischen und der explorativen Skala weniger soziale Unterstützung als die Bevölkerung.

Tabelle 50

*Skalenanalyse der theoretischen und explorativen FUSA Skalen*

Skalenbezeichnung	Items	Patientenstichprobe (N=1.583)	Bevölkerung	
		M (SD)	T1 (N=1.278) M (SD)	Retest (n=171) M (SD)
<b>Theoretische Skalen</b>	<b>36</b>			
Emotionale und praktische Unterstützung	12	4,11 (1,1)	4,96 (0,9)	4,94 (0,8)
Belastungen durch Verwandte	5	2,74 (1,2)	2,03 (0,9)	1,97 (0,9)
Zusammenhalt und gegenseitige Hilfe	6	3,60 (0,9)	4,37 (0,8)	4,26 (0,7)
Belastungen durch Freunde	4	2,11 (0,9)	1,72 (0,7)	1,71 (0,6)
Bedürfnis nach Sozialer Unterstützung	4	3,23 (0,9)	2,69 (0,9)	3,03 (0,8)
Soziale Unterstützung durch Freunde und Bekannte	5	3,09 (1,2)	4,34 (0,9)	3,98 (0,8)
<b>Explorative Skalen</b>	<b>15</b>			
Soziale Unterstützung	15	3,93 (1,0)	4,48 (0,7)	4,44 (0,7)



Im Anschluss an die deskriptive Skalenstatistik folgten zur Kreuzvalidierung in der Zufallsstichprobe B und in der Bevölkerungsstichprobe konfirmatorische Faktorenanalysen zur Prüfung der theoretischen und der explorativ ermittelten Skalenstruktur (vgl. Tabelle 51). Der Tabelle ist zu entnehmen, dass keines der getesteten Modelle vollständig überzeugt. Tendenziell am besten erscheint jedoch das Modell der theoretischen Skalen in der Zufallsstichprobe B. Sowohl in der Bevölkerungsstichprobe als auch in der Patientenstichprobe führt die eindimensionale Betrachtung sozialer Unterstützung zu einer Verschlechterung der Modell Fit Kriterien.

Tabelle 51

*Konfirmatorische Prüfung der FUSA Skalen*

Stichprobe	Modell	$\chi^2$ , df, p	RMSEA	TLI	CFI
<u>Zufall B (n=770)</u>	<u>Theoretische Skalen FUSA</u>	<u><math>\chi^2=2324</math> df=579 p&lt;0,001</u>	<u>,06</u>	<u>,85</u>	<u>,87</u>
Zufall B (n=770)	Explorative Skala FUSA	$\chi^2=1034$ df=90 p<0,001	,12	,81	,83
Bevölkerung (N=1.278)	Theoretische Skalen FUSA	$\chi^2=3612$ df=579 p<0,001	,06	,85	,86
Bevölkerung (N=1.278)	Explorative Skala FUSA	$\chi^2=1389$ df=90 p<0,001	,11	,84	,86

*Anmerkungen.* Annahme des Modells bei RMSEA<0,06 sowie TLI und CFI  $\geq$  0,95. Eine ausführliche Darstellung findet sich im Anhang Tabelle A-58.

Die Skalenstatistik wird durch die Ermittlung der Skaleninterkorrelationen beendet. Da Soziale Unterstützung als eindimensionales Konstrukt betrachtet wird, kann auf diese Berechnungen verzichtet werden. Die Ergebnisse der Skalenstatistik fallen eher unbefriedigend auf. In den nachfolgenden Kapiteln erfolgt daher ausführlich die Darstellung der Ergebnisse zu den Hauptgütekriterien Reliabilität und Validität.

### 8.3.3 Reliabilität

Im Anschluss an die Skalenstatistik wird für die theoretischen Skalen und die explorativ ermittelte Skala die interne Konsistenz in der Patientenstichprobe sowie in der Bevölkerungsstichprobe ermittelt. Für eine studentische Teilstichprobe der Bevölkerung wird die interne Konsistenz (Cronbach's  $\alpha$ ) zusätzlich für eine Retestmessung nach 7 Tagen in Kombination mit der Retest-Reliabilität bestimmt (vgl. Tabelle 52). Aus der Tabelle wird ersichtlich, dass von ursprünglich 36 Items in die Bildung der neuen FUSA Skala nur noch 15 eingehen. Die Reliabilität der explorativ ermittelten FUSA Skala liegt mit  $\alpha=,92$  in der Patientenstichprobe höher, als zuvor bei den einzelnen Skalen und ist als sehr gut zu bezeichnen. Mit  $\alpha=,93$  fällt sie für die studentische Teilstichprobe am besten aus. Insgesamt führt die Reduktion der Items und Skalen zu der eindimensionalen Skala Sozialer Unterstützung somit zu einem Gewinn der internen Konsistenz. Mit  $r_{tt}=,86$  liegt die Retest-Reliabilität der empirisch ermittelten FUSA Skala ebenfalls im hohen Bereich. Gerade in Bezug auf die Retest-Reliabilität führte die Kürzung zu einer deutlichen Verbesserung.

Tabelle 52

*Reliabilität der theoretischen und explorativen FUSA Skalen*

Skalenbezeichnung	Items	Patientenstichprobe (N=1.583)	Bevölkerung		
			T1 (N=1.278)	Retest (n=171)	
		$\alpha$	$\alpha$	$\alpha$	$r_{tt}$
<b>Theoretische Skalen</b>	<b>36</b>				
Emotionale und praktische Unterstützung	12	,91	,91	,93	,87**
Belastungen durch Verwandte	5	,88	,86	,91	,82**
Zusammenhalt und gegenseitige Hilfe	6	,82	,79	,85	,76**
Belastungen durch Freunde	4	,82	,80	,81	,72**
Bedürfnis nach Sozialer Unterstützung	4	,79	,82	,80	,65**
Soziale Unterstützung durch Freunde und Bekannte	5	,81	,73	,80	,94**
<b>Explorative Skalen</b>	<b>15</b>				
Soziale Unterstützung	15	,92	,91	,93	,86**

Anmerkungen. \*\*  $p < 0,01$ .

Die Befunde zur Reliabilität des FUSA überzeugen. Sowohl die interne Konsistenz als auch die Retest-Reliabilität sind als hoch zu beurteilen. Die im Rahmen der Reliabilitätsanalyse durchgeführte Trennschärfeanalyse bestätigt ebenfalls die Güte der eingeschlossenen Items. Keines der Items weist schlechte Trennschärfekoeffizienten in Bezug auf die zugeordnete Skala auf. Die Ergebnisse sprechen für die Anwendung des 15 Items umfassenden FUSA, da durch die Optimierung des FUSA die Reliabilität insgesamt verbessert werden konnte.

### 8.3.4 Differentielle- und Konstruktvalidität

Im Rahmen der Validitätsanalysen folgen zunächst Befunde zur differentiellen- und anschließend zur Konstruktvalidität. Im Rahmen der differentiellen Validität wird der Einfluss soziodemografischer und klinischer Variablen auf die Skalenausprägung geprüft, um später differenzierte Norm- und Cut-Off Werte zu bestimmen. Zunächst werden Unterschiede zwischen Patienten und der Bevölkerung geprüft; erwartet wird, dass Patienten weniger Soziale Unterstützung berichten. Tabelle 53 bestätigt die Annahme. Für die Mittelwertsunterschiede ergibt sich dabei eine mittlere Effektstärke.

Tabelle 53

*Mittelwertsunterschiede FUSA*

Variable	Soziale Unterstützung	
	$t=-16,56$ $df=2825$ $p<0,001$	
	d	-0,63
Patienten (N=1.583)	M (SD)	3,93 (1,0)
Bevölkerung (N=1.278)	M (SD)	4,47 (0,7)

Anmerkungen.  $d \geq 0,2$  = kleiner Effekt,  $d \geq 0,5$  = mittlerer Effekt,  $d \geq 0,8$  = großer Effekt

Innerhalb der Patientenstichprobe wurden weiterhin Geschlechtsunterschiede geprüft. Es wird vermutet, dass Frauen mehr Soziale Unterstützung angeben als Männer. Tabelle 54 zeigt, dass in der Patientenstichprobe keine signifikanten Geschlechtsunterschiede vorliegen. Auf deskriptiver Ebene bestätigt sich jedoch, dass Frauen mehr Soziale Unterstützung angeben als Männer.

Tabelle 54

*Geschlechtsunterschiede FUSA*

Variable		Soziale Unterstützung
		$t=-1,42$ $df=1581$ $p>0,05$
		$d$ -0,07
Männer (N=758)	M (SD)	3,89 (1,0)
Frauen (N=825)	M (SD)	3,96 (1,0)

Anmerkungen.  $d \geq 0,2$  = kleiner Effekt,  $d \geq 0,5$  = mittlerer Effekt,  $d \geq 0,8$  = großer Effekt

Alterseffekte im FUSA wurden korrelativ bestimmt (vgl. Tabelle 55). Auf Grund der eindimensionalen Betrachtung Sozialer Unterstützung wird vermutet, dass sich keine Alterseffekte der Sozialen Unterstützung finden lassen. Tabelle 55 bestätigt, dass die Soziale Unterstützung nur gering durch das Alter beeinflusst wird.

Tabelle 55

*Alterseffekte FUSA Patienten*

Variable	Soziale Unterstützung
$r$ ( $d$ )	-,09** (0,18)

Anmerkungen. \*\*  $p < 0,01$ ;  $d = \frac{2r}{\sqrt{1-r^2}}$ ;  $d \geq 0,2$  = kleiner Effekt,  $d \geq 0,5$  = mittlerer Effekt,  $d \geq 0,8$  = großer Effekt.

Um den Einfluss des Alters auf die Skalenausprägung differenzierter betrachten zu können zeigt Abbildung 10 grafisch die Mittelwertsverteilung für sieben Altersgruppen an. Die Grafik zeigt, dass sich die Wahrnehmung der Sozialen Unterstützung im Alter geringfügig verändert. Personen unter 20 Jahren berichten die höchste Soziale Unterstützung. Bis zu einem Alter von 50 bis 59 Jahren sinkt der Mittelwert der Sozialen Unterstützung linear. Mit einem Alter von 60 Jahren steigt die Soziale Unterstützung hingegen wieder.

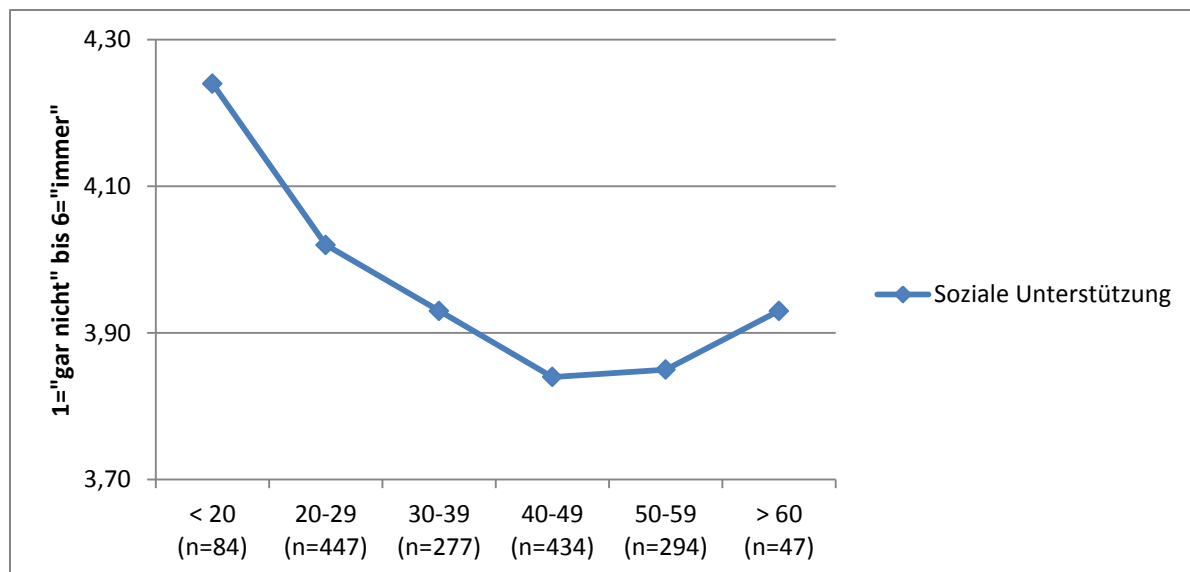


Abbildung 10

Profilardarstellung FUSA nach Altersgruppen, Patientenstichprobe

Im Anschluss an soziodemografische Einflussfaktoren wird der Einfluss klinischer Variablen geprüft. Varianzanalytisch wird ermittelt, ob die Zuordnung der Patienten zu den Teilstichprobe Allgemeine Psychiatrie, Suchttherapie und Psychosomatik/Psychotherapie einen Einfluss auf die Skalenausprägung hat. Auf Basis dieser Untersuchung wird ermittelt, ob die Notwendigkeit spezifischer Norm- bzw. Cut-Off Werte besteht. Unterschiede zwischen den Patientengruppen in Bezug auf die Soziale Unterstützung werden nicht erwartet. Tabelle 56 zeigt, dass sich die Mittelwerte der Patientengruppen nicht signifikant unterscheiden.

Tabelle 56

Unterschiede FUSA nach Patientengruppe

Variable		Soziale Unterstützung
		F=2,41 p>0,05 $\eta^2=0,003$
Allgemeine Psychiatrie (n=754)	M (SD)	3,93 (1,0)
Suchttherapie (n=417)	M (SD)	4,00 (1,0)
Psychosomatik/Psychotherapie (n=412)	M (SD)	3,85 (1,0)

Anmerkungen.  $\eta^2 \geq 0,01$  = kleiner Effekt,  $\eta^2 \geq 0,06$  = mittlerer Effekt,  $\eta^2 \geq 0,14$  = großer Effekt;  
Bei signifikanten Ergebnissen werden signifikante nachgeschaltete Einzelvergleiche dargestellt.

Zur Veranschaulichung der Ergebnisse von Tabelle 56 werden diese in Abbildung 11 grafisch dargestellt. Aus der Abbildung geht erneut hervor, dass soziale Unterstützung nicht von dem Teilgebiet der Psychiatrie abhängig ist.

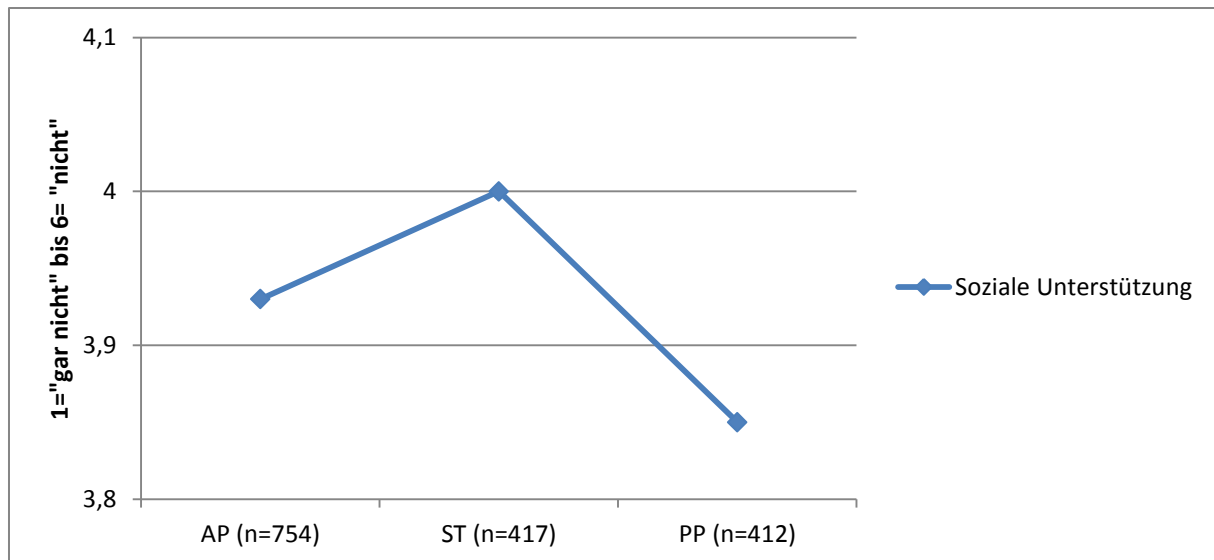


Abbildung 11

*Profildarstellung FUSA nach Teilmodul*

Zur differenzierteren Betrachtung der klinischen Einflussfaktoren werden nachfolgend die ICD-10 Diagnosen herangezogen (vgl. Tabelle 57). Im Gegensatz zur Analyse der Psychiatrieteilgebiete ergibt sich hier ein kleiner signifikanter Effekt. Nachgeschaltete Post Hoc Tests ergeben allerdings keine signifikanten Einzelgruppenvergleiche.

Tabelle 57

*Diagnoseunterschiede FUSA*

Variable		Soziale Unterstützung
Diagnose		F=2,72 p<0,05 $\eta^2=0,01$
F1 (n=246)	M (SD)	4,00 (1,1)
F3 (n=555)	M (SD)	3,85 (1,0)
F40-43 (n=230)	M (SD)	4,07 (1,0)
F45-48 (n=48)	M (SD)	3,94 (1,1)
F6 (n=84)	M (SD)	3,82 (1,0)

*Anmerkungen.*  $\eta^2 \geq 0,01$  = kleiner Effekt,  $\eta^2 \geq 0,06$  = mittlerer Effekt,  $\eta^2 \geq 0,14$  = großer Effekt  
Bei signifikanten Ergebnissen werden signifikante nachgeschaltete Einzelvergleiche dargestellt.  
Auf die Darstellung von Diagnosegruppen weniger als n=45 Personen wird verzichtet.

Zur besseren Visualisierung werden die Diagnoseunterschiede zusätzlich in Abbildung 12 grafisch dargestellt. Die Grafik enthält dabei zwei weitere, für die varianzanalytische Prüfung zu gering besetzte, Diagnosegruppen. Aus der Abbildung geht hervor, dass Patienten mit Angsterkrankungen die höchste Soziale Unterstützung berichten. Die niedrigste Soziale Unterstützung berichten hingegen Patienten mit Verhaltensauffälligkeiten. Im Gegensatz zu interpersonalen Verhaltensweisen und psychischer Belastung ergaben sich bei der Sozialen Unterstützung keine signifikanten Effekte für Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen.

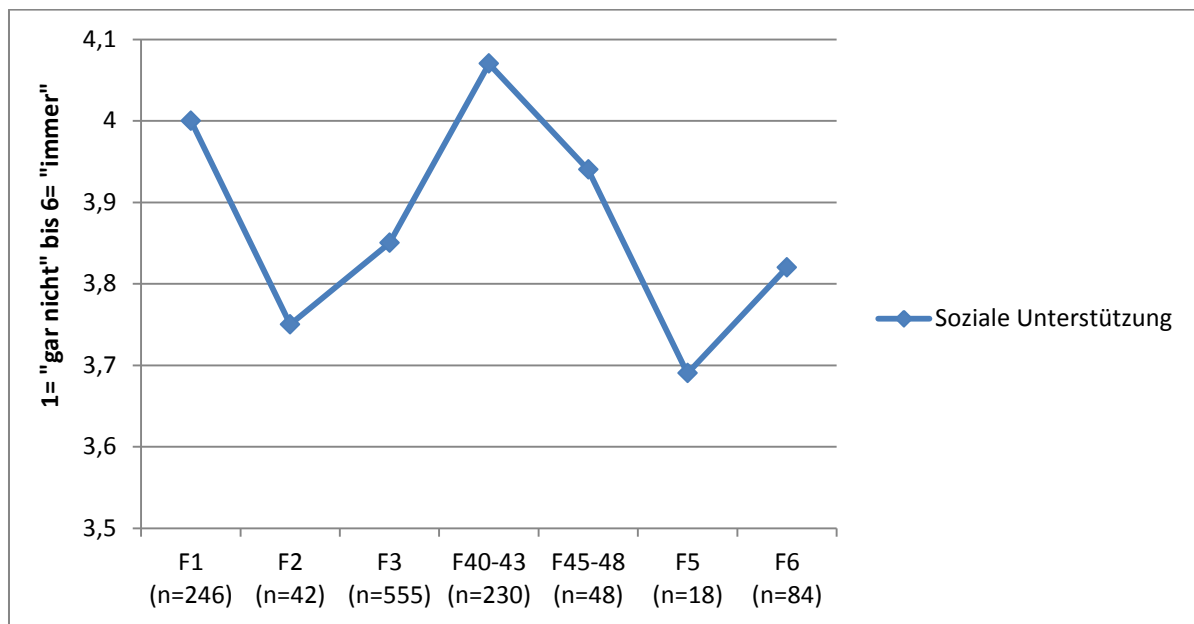


Abbildung 12

*Profilardarstellung FUSA nach Diagnose*

Der Einfluss der soziodemografischen Variablen Alter und Geschlecht wurde ebenfalls in der Bevölkerungsstichprobe untersucht. Analog zu den Ergebnissen in der Patientenstichprobe ergab sich ein niedriger Effekt für das Geschlecht (vgl. Tabelle A-92 im Anhang). Erwartungsgemäß erreichten die Frauen höhere Mittelwerte auf der Skala Soziale Unterstützung. Alterseffekte lagen auch für die Bevölkerung nur im mittleren Bereich (vgl. Tabelle A-93 im Anhang). Die grafische Darstellung der Alterseffekte in der Bevölkerung (vgl. Abbildung A-20 im Anhang) zeigt, dass die Soziale Unterstützung bis zu einem Alter von 30 bis 39 Jahren ansteigt und anschließend wieder abnimmt.

Zusammengefasst zeigen die Befunde zur differentiellen Validität, dass die Ausprägung der Skala Sozialen Unterstützung nur in sehr geringem Maß von soziodemografischen und klinischen Variablen beeinflusst wird. Für den künftigen Einsatz dieses eindimensionalen Konstrukts scheinen daher übergeordnete Norm- bzw. Cut-Off Werte zur Trennung zwischen Patienten und der Bevölkerung ausreichend zu sein.

Die Validitätsanalysen werden vervollständigt durch Analysen der Konstruktvalidität. Dafür werden Korrelationen zu konstruktnahen standardisierten Testverfahren ermittelt. Für die Patientenstichprobe liegen aus organisatorischen Gründen (schlechter Rücklauf und fehlende Verknüpfung der papier- und der mit SATEP erhobenen Fragebögen) keine Daten zur Validierung der Sozialen Unterstützung vor.

Für die Bevölkerungsstichprobe konnte die Konstruktvalidität jedoch bei n=383 Personen bestimmt werden. Dabei wurden Korrelationen zwischen dem FUSA und dem F-SozU (vgl. Tabelle A-94 im Anhang) ermittelt. Erwartet werden hohe Effekte mit allen Dimensionen des

F-SozU, wobei die Skalen zu Sozialen Belastungen negative Korrelationskoeffizienten aufweisen. Der höchste Effekt fand sich erwartungsgemäß zwischen dem FUSA und der Skala Wahrgenommene Soziale Unterstützung des F-SozU, gefolgt von den Skalen Praktische sowie Emotionale Unterstützung.

Insgesamt können die Ergebnisse als Beleg der Konstruktvalidität angesehen werden. Die Analysen des FUSA haben gezeigt, dass die eindimensionale Erfassung des Konstrukts in der Psychiatrie sinnvoll ist und eine gute Reliabilität und Konstruktvalidität für den Einsatz der 15 Items umfassenden FUSA-Version sprechen.

## 9 Diskussion

Die Lebenszeitprävalenz psychischer Erkrankungen liegt in Deutschland aktuell bei 45% (Meyer et al., 2000). In den westlichen Industrienationen und in Deutschland sind Abhängigkeitserkrankungen, affektive, Angst- und somatoforme Störungen besonders weit verbreitet (Meyer et al., 2000). Mit den hohen Prävalenzzahlen verbunden ist der Bedarf an professioneller Unterstützung und Versorgung. Die Behandlung psychisch kranker Menschen kann in Deutschland stationär, teilstationär oder ambulant erfolgen. In dieser Arbeit werden Patienten betrachtet, die stationär in Fachkliniken für Psychiatrie und Nervenheilkunde behandelt wurden. Aktuelle Zahlen zeigen auf, dass in kaum einem anderen Bereich die Bettenauslastung vergleichbar hoch ist. Weiterhin verweilen die stationären psychiatrischen Patienten mit durchschnittlich 23 Tagen lange in der Einrichtung (Bölt & Graf, 2009).

Die Qualitätssicherung in den psychiatrischen Kliniken ist gesetzlich festgeschrieben und dient dem Nachweis der Effektivität der Behandlungen. Aus Sicht der Kostenträger ist die Behandlung in einer psychiatrischen Klinik sehr kostenintensiv, so dass seit einigen Jahren versucht wird, die Behandlungszeiten stark zu kürzen. In diesem Kontext hat sich der Begriff der Drehtür-Psychiatrie nicht nur in der Suchttherapie verbreitet. Die Patienten werden auf Grund des Kostendrucks zu früh entlassen und nach kurzer Zeit kommt es zu einer weiteren emotionalen oder psychischen Krise, so dass der Patient wieder stationär aufgenommen werden muss.

Mit Hilfe von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement sollen Behandlungseffekte erfasst und beurteilt werden. Die Qualitätssicherung soll, neben der Dokumentation, dazu dienen, die Behandlung zu optimieren und aufzeigen, an welchen Stellen noch Verbesserungspotenzial zu finden ist. Nur durch umfassende qualitätssichernde Maßnahmen kann gewährleistet werden, dass die Patienten die Therapie und Behandlung erhalten, die nach dem aktuellen Wissens- und Forschungsstand indiziert ist.

In dieser Arbeit werden Fragebögen der drei Konstrukte psychische Belastung, interpersonales Verhalten und soziale Unterstützung aus dem SALUS-Asklepios-Therapieerfolgsprogramm (SATEP) umfangreichen psychometrischen Analysen in einer Patienten- (N=1.618) und einer Bevölkerungsstichprobe (N=1.278) unterzogen. Bei der Patientenstichprobe handelt es sich um die spätere Zielgruppe von Patienten der Allgemeinen Psychiatrie, der Suchttherapie sowie der Psychosomatik/Psychotherapie. Die Stichprobe weist eine mit anderen empirischen Studien vergleichbare Alters- und Geschlechtsverteilung auf. Die Patienten waren 38 Jahre alt und zu fast gleichen Teilen Männer bzw. Frauen. Erwartungsgemäß gab es in dem Teilgebiet der Suchttherapie mehr Patienten und auf psychosomatisch/psychotherapeutischen Stationen mehr Patientinnen.



Schweizer (2011) fasst zusammen, dass in der Entwicklung von Testinstrumenten aktuell einige Veränderungen zu beobachten sind. So vollzieht sich langsam ein Wandel. Er zeigt an zahlreichen Beispielen auf, dass Optimierungen bei Testverfahren zu einer deutlichen Reduktion der Items führen und diese dennoch gute Testgütekriterien aufweisen. Ein Trend scheinen somit Verfahren mit vier oder fünf Items zu sein, die es somit ermöglichen, verschiedene Konstrukte zu erheben. Nachfolgend werden pro Konstrukt die zentralen Ergebnisse dieser Arbeit mit Schwerpunkt im Patientenbereich dargestellt. Dabei werden die Optimierungen und Veränderungen der Skalenstruktur genauso intensiv betrachtet wie die Ergebnisse der differentiellen- und Konstruktvalidität.

### 9.1 Psychische Belastung

Zur Erfassung der psychischen Belastung wurden in SATEP im Erwachsenenbereich zur Selbstbeurteilung zwei Instrumente eingesetzt. Der **Fragebogen zur Erfassung psychischer Beeinträchtigung (FEB)** erfasst mit 44 Items die vier theoretisch konstruierten Skalen Unsicherheit, Depressive Symptomatik, Ängste und Körperliche Beeinträchtigung. Im Rahmen der Itemstatistik wiesen in der Patientenstichprobe vier der 44 Items eine geringe Schwierigkeit auf ( $P_i < 20$ ), die Trennschärfen waren hingegen bei allen Items als gut zu bezeichnen ( $r_i > ,30$ ). Auf Grund dieser Ergebnisse gingen 40 verbleibende Items in die explorative Faktorenanalyse in der Zufallsstichprobe B der Patienten ein. Inhaltliche Überlegungen führten zur Wahl der vier-Faktorenlösung. Die Items luden fast vollständig auf den theoretisch zugeordneten Skalen, so dass die theoretische Skalenstruktur fast vollständig repliziert werden konnte. Ausgehend von dem Faktor mit der geringsten Zahl an Items mit Faktorladungen  $> ,50$  wurden jeweils die ersten sieben Items in die Skalenbildung einbezogen. Die neuen Skalen umfassen somit jeweils sieben Items und insgesamt konnte der FEB von 44 auf 28 Items reduziert werden. Zur Kreuzvalidierung wurden in der Zufallsstichprobe B und in der Bevölkerung die theoretische und die empirisch ermittelte Skalenstruktur konfirmatorisch geprüft. Die besten Modell-Fit Kriterien konnten dabei in der Zufallsstichprobe B für die empirischen Skalen ermittelt werden. Mit dieser Analyse der faktoriellen Validität konnte somit die theoretische Struktur bestätigt werden. Empirische Befunde anderer Testverfahren, wie die Skalenstruktur Ängstlichkeit, Depressivität und Somatisierung des BSI-18 (Franke et al., 2011) und das Tripartite Konzepte (Clark & Watson, 1991) konnten so für den FEB belegt werden. Im Anschluss wurde die Reliabilität der Skalen ermittelt; mit  $\alpha > ,84$  bis  $\alpha = ,95$  (FEB-28 Gesamtwert) liegt diese im mittleren bis hohen Bereich. Auf Grund der nur sieben Items pro Skala ist diese Reliabilität jedoch als sehr gut zu bezeichnen, da es kaum einen Verlust durch die Itemkürzungen gibt. Die Reliabilität kann somit als erster Beleg für die erfolgreiche Optimierung angesehen werden. Zur Ermittlung der Validität wurde zunächst die Differenzierungsfähigkeit des FEB geprüft.

Alle vier Dimensionen und der FEB-Gesamtwert unterschieden statistisch signifikant zwischen Patienten und Gesunden, die Effektstärken fielen dabei mit Ausnahme der Körperlichen Beeinträchtigung hoch aus. Der höchste Effekt ergab sich erwartungsgemäß für die Skala Depressive Symptomatik ( $d=1,5$ ). Auf allen Skalen berichten die Patienten deutlich mehr Belastungen als die Personen aus der Bevölkerung. Geschlechtseffekte fielen sowohl in der Patienten- als auch der Bevölkerungsstichprobe nur gering aus. In beiden Stichproben berichten die Frauen von höheren Belastungen. Ebenfalls kleine Effekte konnten für den Einfluss des Alters ermittelt werden. Während in der Bevölkerung nur Tendenzen ermittelt werden konnten, zeigten sich in der Patientenstichprobe mit Ausnahme der Skala Unsicherheit für alle Dimensionen niedrige Effekte. Die Belastungen nahmen in der Patientenstichprobe über alle Dimensionen mit steigendem Alter zu, sanken jedoch im höheren Alter (>60 Jahre) wieder. Die größten Effekte konnten hingegen für die klinischen Variablen ermittelt werden. Patienten der Suchttherapie berichteten auf allen Dimensionen des FEB statistisch signifikant weniger Belastungen als Patienten der Allgemeinen Psychiatrie oder der Psychosomatik/ Psychotherapie. Mittlere Effektstärken konnten dabei für die Skalen Ängste, Depressive Symptomatik und den FEB-28 Gesamtwert ermittelt werden. Die differenziertere Analyse der ICD-10 Diagnosen bestätigte diesen Befund. Patienten mit Suchterkrankungen berichteten signifikant niedrigere Belastungen als Patienten mit Affektiven Störungen, Angsterkrankungen, Somatoformen oder Persönlichkeitsstörungen. Den klinischen Variablen kommt somit bei der Analyse des FEB eine größere Bedeutung zu als den soziodemografischen Variablen. Die Konstruktvalidität des FEB konnte in der Bevölkerungs- und der Patientenstichprobe durch Korrelationen mit der SCL-90-R nachgewiesen werden. Dabei ergaben sich für fast alle Dimensionen signifikante Korrelationen mit hohen Effektstärken. Insgesamt überzeugen die Befunde zur Reliabilität und Validität und sprechen für die Anwendung des FEB-28. Gleichwohl zeigte sich jedoch bei der faktoriellen Validität die starke Dominanz eines generellen Belastungsfaktors. Dieser ist bereits aus Studien zur psychischen Belastung bekannt. Zur besseren inhaltlichen Interpretation wird jedoch weiterhin die Differenzierung des FEB-28 in vier Skalen bevorzugt. Andere Studien zur psychischen Belastung bei Patienten haben ebenfalls aufgezeigt, dass die Skalen miteinander hoch korrelieren. Gerade die Trennung von Angst und Depressivität ist in vielen Studien kaum möglich (z.B. Maß et al., 1997).

Für SATEP wurde weiterhin der **Fragebogen zur Erfassung psychiatrisch relevanter Verhaltensweisen und Emotionen (FEVE)** entwickelt. Dieser erfasst die fünf Skalen Emotionalität, Gehemmtheit, Aggressivität, Zwangshandlungen und -gedanken sowie Suizidalität mit 27 Items. Im Rahmen der Itemstatistik konnte ermittelt werden, dass bei sechs Items die Schwierigkeit zu hoch ist ( $P_i < 20$ ). Aus inhaltlichen Gründen wurde jedoch Item 6 (Suizidalität) weiterhin beibehalten. Die explorative Faktorenanalyse in der

Zufallsstichprobe A über die verbliebenen 22 FEVE Items führte zu drei neuen Skalen mit jeweils 5 Items. Inhaltlich beschreiben diese die Dimensionen Stressbelastung, Soziale Unsicherheit und Suizidalität. Eine Replizierung der theoretischen Struktur ist damit nicht gelungen, jedoch konnten zwei neue inhaltlich ansprechende Skalen ermittelt werden, die auch konfirmatorisch in der Zufallsstichprobe B überzeugten. Mit  $\alpha=,78$  bis  $\alpha=,90$  (Gesamtwert FEVE-15) ist die interne Konsistenz der explorativ ermittelten Skalen als gut zu bezeichnen. Gegenüber den theoretischen Skalen konnte so bei Reduktion der Items die Reliabilität erhöht werden. Für die klinische Anwendung ist besonders die Ausprägung der Skala Suizidalität relevant. Im Rahmen der Analysen zur differentiellen Validität konnten zahlreiche Effekte für diese Skala ermittelt werden. Erste Befunde zeigten mit hohen Effektstärken Unterschiede zwischen Patienten und der Bevölkerung. Erwartungsgemäß berichteten Patienten auf allen Dimensionen eine höhere Belastung. Geschlechtseffekte fielen in der Patientenstichprobe nur klein aus; Frauen berichteten wie bereits im FEB von mehr Belastungen. In der Bevölkerung konnte nur noch ein kleiner Geschlechtseffekt für die Skala Suizidalität ermittelt werden. In beiden Stichproben konnten kleine Effekte für den Einfluss des Alters ermittelt werden. Bei den Patienten sind vor allem die Mittelwerte der Skalen Stressbelastung und Soziale Unsicherheit vom Alter abhängig. Klinisch differenziert der FEVE gut zwischen Patienten mit Suchterkrankungen und Patienten mit anderen ICD-10 Diagnosen. Die Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen berichteten auf allen FEVE Dimensionen die niedrigste psychische Belastung. Weiterhin lagen die Effektstärken für die Diagnoseunterschiede im mittleren Bereich und scheinen somit für die Ermittlung von Normwerten am wichtigsten zu sein. Die Konstruktvalidität konnte durch Korrelationen mit der SCL-90-R und dem TICS (nur Bevölkerung) nachgewiesen werden. Für beide Stichproben ergaben sich jeweils fast ausschließlich hohe Effekte, die wiederum die Präsenz eines generellen Belastungsfaktors stützten. Korrelationen mit dem psychiatrischen Befund (Fremdbeurteilung) ergaben hingegen keine Effekte.

Eine gemeinsame Analyse über die FEB und FEVE Items wurde ebenfalls durchgeführt, um die Items zusammenzufassen und stark zu reduzieren. Die gemeinsame Lösung konnte jedoch gegenüber den getrennten Analysen nicht überzeugen. Inhaltlich kann der FEB eher der Symptombelastung und der FEVE der Belastung durch sozialen Druck und Anforderungen zugeordnet werden. Aus inhaltlicher Sicht ist die Anwendung der insgesamt sieben Bereiche für die Psychiatrie relevant. Gerade die subjektive Beurteilung dieser Bereiche kann für die Therapeuten relevante Informationen liefern. Auffallend ist bei den Analysen zur differentiellen Validität, dass die Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen auf allen untersuchten Dimensionen die niedrigste Belastung angeben. Vermutlich liegt dies am Herunterspielen von Beschwerden; durch die Nutzung der Suchtmittel zur Bewältigung hat sich die Belastungswahrnehmung der Patienten verändert.

## 9.2 Interpersonales Verhalten

Zur Erfassung interpersonaler Verhaltensweisen wurde für SATEP der FEIV konstruiert. Dieser umfasst 30 Items, die den theoretischen Skalen Extraversion, unterwürfiges Verhalten, dominantes und autoritäres Verhalten sowie fürsorgliches Verhalten zugeordnet werden. In Folge der Itemstatistik mussten 12 Items auf Grund zu niedriger Trennschärfen ( $r_i < ,30$ ) von den nachfolgenden Analysen ausgeschlossen werden. Die Schwierigkeit der Items lag hingegen im mittleren Bereich. In die anschließende explorative Faktorenanalyse, durchgeführt in der Zufallsstichprobe A, gingen die 18 verbleibenden Items ein. Gemäß der Eigenwertverteilung ist für den FEIV eine zwei-Faktorenlösung geeignet. Jeweils fünf Items werden den Faktoren zugeordnet und die Skalen als Positive Zuwendung und Eigene Abgrenzung benannt. Die Items des ersten Faktors stammen dabei aus den theoretischen Skalen Extraversion und Fürsorgliches Verhalten, die des zweiten Faktors aus den Skalen Dominantes und autoritäres Verhalten sowie Extraversion. Die Reliabilität der theoretischen Skalen interpersonalen Verhaltens war insgesamt eher mittelmäßig. Durch die Optimierung und Kürzung des Verfahrens auf jeweils fünf Items verschlechterte sich die Reliabilität nicht; diese liegt weiterhin bei  $\alpha = ,77$  bis  $\alpha = ,79$ . Die Reliabilität der interpersonalen Skalen fällt somit etwas schlechter aus, als die zur psychischen Belastung. Studien mit dem IIP hatten in der Vergangenheit ähnliche Werte zur internen Konsistenz berichtet (Becker & Mohr, 2005), so dass die Befunde nicht überraschen und keine mit der psychischen Belastung vergleichbaren Werte bei diesem Konstrukt zu erwarten sind. Die konfirmatorische Prüfung bestätigte tendenziell die Güte der neu ermittelten Skalenstruktur; insgesamt weisen jedoch alle getesteten Modelle keine hervorragenden Modell Fit Kriterien auf. Unterschiede zwischen Patienten und der Bevölkerung ergaben mittlere Effektstärken. Patienten erreichten dabei auf beiden Dimensionen niedrigere Mittelwerte als Personen der Bevölkerung. In der Patienten- und in der Bevölkerungsstichprobe ergaben sich zudem Geschlechtsunterschiede in erwarteter Richtung. Männer gaben an, sich signifikant besser abgrenzen zu können und erreichten niedrigere Mittelwerte auf der Skala Positive Zuwendung. Wie bei der psychischen Belastung ergaben sich statistisch signifikante Diagnoseunterschiede. Erneut unterschieden sich Patienten mit Suchterkrankungen mit kleiner Effektstärke von allen anderen Diagnosegruppen. Die Suchtpatienten berichteten statistisch signifikant höhere Mittelwerte auf der Skala Eigene Abgrenzung als die anderen untersuchten Patientengruppen. Auf der Skala Eigene Abgrenzung ergaben sich zudem kleine Alterseffekte in beiden Stichproben. Insgesamt kommt somit der Skala Eigene Abgrenzung eine besondere Rolle zu, da diese in Bezug auf die untersuchten Merkmale statistisch signifikante Effekte aufzeigt. Kleine bis mittlere negative Effektstärken zwischen dem IIP-C und den neuen Skalen belegen die Konstruktvalidität des Instruments. Diese

fallen auf Grund der inhaltlichen Formulierung der Items erwartungsgemäß überwiegend negativ aus.

Insgesamt überzeugen die zwei empirisch neuentwickelten Skalen in Bezug auf die getesteten psychometrischen Kriterien. Die Itemanzahl konnte drastisch verringert werden und die Reliabilität und Validität blieben fast vollständig unbeeinflusst.

### 9.3 Soziale Unterstützung

Mit dem Fragebogen zur Erfassung sozialer Unterstützung in Alltagssituationen (FUSA) wird mit 36 Items die sechs theoretischen Skalen Emotionale und Praktische Unterstützung, Zusammenhalt und gegenseitige Hilfe, Soziale Unterstützung durch Freunde und Bekannte, Belastungen durch Freunde, Belastungen durch Verwandte sowie das Bedürfnis nach sozialer Unterstützung. Die Itemanalyse ergab, dass bei 13 Items die Trennschärfen nicht befriedigend sind ( $r_i < ,30$ ). Diese wurden von den nachfolgenden Analysen ausgeschlossen und die explorative Faktorenanalyse über die verbleibenden 23 Items ergab eine ein-Faktorenlösung. In diesen Faktor wurden insgesamt 15 Items einbezogen, die ursprünglich den theoretischen Skalen Emotionale und Praktische Unterstützung sowie Zusammenhalt und gegenseitige Hilfe zugeordnet waren. Die konfirmatorische Prüfung erbrachte eher unbefriedigende Ergebnisse. Keines der getesteten Modelle wies gute Modell Fit Kriterien auf. Im direkten Vergleich des theoretischen Modells mit dem explorativen erzielte das theoretische Modell bessere Werte. Die Reliabilität der 15 Items liegt jedoch mit  $\alpha = ,91$  in der Patientenstichprobe im sehr guten Bereich und fällt besser aus als für die theoretischen Skalen. Die Analysen zur differentiellen Validität konnten lediglich mittlere Effekte zwischen Patienten und Personen aus der Bevölkerung ermitteln. Die Patienten berichten signifikant weniger Unterstützung, so dass die Defizithypothese gestützt werden konnte, d.h. der Bedarf an Unterstützung ist bei Patienten höher (Röhrle & Laireiter, 2009). Alters- und Geschlechtseffekte konnten hingegen weder in der Patienten- noch in der Bevölkerungsstichprobe ermittelt werden. Klinische Unterschiede zwischen den Patientengruppen gab es ebenfalls nicht. Für die Diagnosegruppen konnte ein kleiner Effekt ermittelt werden, nachgeschaltete Post Hoc Tests erbrachten jedoch keine signifikanten Unterschiede. Durch Korrelationen der neuen Skala soziale Unterstützung mit den Skalen des F-SozU konnte die Konstruktvalidität nachgewiesen werden. Es ergaben sich insgesamt nur hohe Effektstärken.

Die Optimierung des FUSA ging mit der größten Kürzung der Itemanzahl einher. Von 36 FUSA Items sind nur 15 Items bei eindimensionaler Betrachtung Sozialer Unterstützung geblieben. Durch die radikale Kürzung kann die Ökonomie bei guter Reliabilität und Validität deutlich erhöht werden.

#### 9.4 Limitationen der Untersuchung

Die Aussagekraft der hier vorliegenden psychometrischen Analyse wird durch einige Faktoren begrenzt. Diese Grenzen liegen hauptsächlich in der Selektion der Stichproben und sind weiterhin Folge organisatorischer Probleme in den teilnehmenden Projektkliniken.

**Patientenstichprobe:** Bei der Stichprobe der Patienten handelt es sich prinzipiell um eine anfallende Stichprobe der Projektstationen der an SATEP teilnehmenden SALUS und Asklepios Kliniken aus Sachsen-Anhalt, Thüringen und Brandenburg. Allerdings gibt es einige Kriterien, die gegen eine Anwendung von SATEP bei einigen Patienten sprechen. Der erste Schritt ist die Beurteilung der Testfähigkeit des Patienten durch den Arzt oder den Therapeuten. Dieser entscheidet, ob der Patient motivational, kognitiv, emotional und körperlich in Lage ist, die SATEP Befragung am PC durchzuführen. Bei bestehender Testfähigkeit wird dem Patienten das Vorgehen der psychologischen Befragung am PC erklärt und schließlich nach dem Einverständnis gefragt. Mit dem Einverständnis des Patienten, an SATEP teilzunehmen, kann die Befragung sowohl in der Selbst- als auch Fremdbeurteilung starten. Ein fehlendes Einverständnis führt automatisch dazu, dass die Fremdbeurteilung mit SATEP ebenfalls entfällt.

Die Einordnung der vorliegenden Stichprobe von N=1.618 Patienten mit Selbstauskunft in Bezug zur Grundgesamtheit aller Patienten, die in dem Zeitraum vom 01. April 2009 bis 31. Dezember 2010 auf den teilnehmenden Stationen der Kliniken aufgenommen wurden fehlt weiterhin, da von den Projektkliniken bislang keine diesbezüglichen Daten zur Verfügung gestellt werden konnten. Eine Beurteilung, wie viele Patienten die Selbstauskunft auf Grund fehlender Testfähigkeit nicht durchführen konnten fehlt ebenso – diese Information wäre aber gerade im Zuge der Testentwicklung relevant, um ggf. bestehende Zugangsschwellen zu reduzieren (z.B. Ultrakurzversionen oder bei fehlenden PC-Kenntnissen Anschaffung von Touch-Monitoren). Die Anzahl der Patienten, die das Einverständnis zur Testung mit SATEP nicht gibt, ist ebenfalls unbekannt. Aus diesem Grund können keine Aussagen zur Ausschöpfungsquote gemacht werden. In Bezug auf die vorliegende Stichprobe ist ebenfalls inhaltlich fraglich, warum von ausgangs 2.005 Patienten von 387 keine Selbstauskunft vorliegt. Möglich sind bei diesen Patienten organisatorische Probleme, während der ersten sieben Tage nach Aufnahme die Beurteilung durchzuführen, oder akute psychische Zustände, in denen die Testfähigkeit des Patienten nicht gegeben war.

**Bevölkerungsstichprobe:** Bei der Bevölkerungsstichprobe handelt es sich um eine per Schneeballverfahren generierte Zufallsstichprobe. Studierende des Master of Science Studienganges Rehabilitationspsychologie der Hochschule Magdeburg-Stendal wurden im Rahmen eines studentischen Forschungsprojekts gebeten, Fragebögen in ihrem Freundes-, Bekannten- und Familienkreis zu verteilen. Teilnehmende Probanden konnten für ihre freiwillige Teilnahme an dem 20 Seiten umfassenden Fragebogenset nicht entlohnt werden.

Mit Hilfe von Quoten wurde versucht, den Frauen- und Männeranteil sowie die Altersverteilung annähernd mit der Patientenstichprobe zu parallelisieren. Dies ist allerdings nicht vollständig gelungen. Auf Grund des hohen Anteils Studierender in der Bevölkerungsstichprobe (inkl. Teilstichprobe Studierende Retest) ist der Altersdurchschnitt in der Bevölkerung drei Jahre niedriger. Weiterhin ist der Anteil an Frauen in der Bevölkerungsstichprobe (61%) zehn Prozent höher als in der Patientenstichprobe.

**Außenkriterien zur Validierung:** Zur Validierung der konstruierten Instrumente wären verschiedene Außenkriterien wie beispielsweise Krankheitsdauer, Arbeitsfähigkeit vor dem stationärem Aufenthalt oder Vorbehandlungen sowie Psychotherapieerfahrungen relevant gewesen. Technisch möglich und inhaltlich sinnvoll wäre die Kopplung der Basisdokumentation an SATEP. Auf Grund der anfallenden Programmierkosten für Schnittstellen zu den verschiedenen Basisdokumentationssystemen der teilnehmenden Projektkliniken wurde dies jedoch nicht umgesetzt. Die Integration zusätzlicher soziodemografischer und klinischer Variablen in SATEP war ebenfalls nicht möglich. Lediglich die psychiatrischen Diagnosen, die Interventionen sowie Alter und Geschlecht werden mit SATEP erfasst, um später die Möglichkeit zu haben, auf Grund dieser Parameter die Vorgabe von Fragebögen bzw. deren Auswertung zu steuern. Dieser geringe Umfang an Dokumentationsitems stößt jedoch trotz der einfach anklickbaren Buttons auf Gegenwehr der Nutzer. Die nachträgliche Zuordnung der SATEP Daten zu Daten der Basisdokumentation ist auf Grund der Anonymisierung und mehrfachen Verschlüsselung der Patienten-Identifikationsparameter (Aufnahmenummer) nicht möglich.

Neben den Basisdokumentationsdaten wären Ergebnisse der psychologischen Diagnostik (z.B. SCL-90-R, IIP-C, F-SozU) oder der Fremdbeurteilung (BSS, GAF) wichtig, um Korrelationen zum Nachweis der Konstruktvalidität der entwickelten SATEP Instrumente berechnen zu können. Dank einer teilnehmenden Projektstation und deren Datenmanagement ist es gelungen, für einen sehr kleinen Teil der Stichprobe von weniger als 100 Patienten, zusätzlich zu den SATEP Daten, SCL-90-R und IIP-C Ergebnisse der Aufnahmemessung mit den SATEP Daten zu kombinieren. Leider ist es auch mit fortschreitender Projektzeit nicht gelungen, dies auf anderen Projektstationen zu etablieren.

Für die vorliegende Arbeit wären weiterhin reliable und valide psychiatrische Diagnosen (z.B. mit dem SKID-I und II erfasst) wünschenswert gewesen. Auf Grund der wahrgenommenen starken Überlastung der Ärztinnen/Ärzte sowie Psychologinnen/Psychologen in der Psychiatrie konnte ein strukturiertes klinisches Interview für die Diagnosevergabe nicht verbindlich für alle teilnehmenden Kliniken vereinbart werden. So ist anhand der Auswertung der Diagnosen ersichtlich, dass nur 75% der auf Grund von Abhängigkeitserkrankungen auf Suchtstationen behandelten Patienten eine Diagnose aus dem Bereich der Abhängigkeitserkrankungen aufweisen.

### 9.5 Ausblick Forschungsaufgaben

SATEP wurde als Instrument zur Qualitätssicherung in der Psychiatrie entwickelt und greift dabei auf die wiederholte Anwendung psychologischer Konstrukte in der Selbst- und Fremdbeurteilung zurück. Diese Arbeit stellt einen wichtigen Schritt zur Umsetzung dar; die wichtigsten Konstrukte der Erwachsenenpsychiatrie, die psychische Belastung, die interpersonalen Probleme und die soziale Unterstützung wurden psychometrisch analysiert. Mit der Optimierung und starken Kürzung der analysierten Instrumente ist deren Entwicklung einen Schritt vorangegangen. Nach Abschluss der psychometrischen Analysen und der Ermittlung der finalen Testversion sind weitere Analyseschritte zur abschließenden Entwicklung der Testverfahrens notwendig (vgl. Stufen der Testkonstruktion; Bühner, 2006). Damit die Verfahren von den SATEP Nutzern erfolgreich angewendet werden können, müssen Normen bzw. Cut-Off Werte ermittelt, sowie Richtlinien zur Testinterpretation festgelegt werden (Goldhammer & Hartig, 2007).

Die final ermittelte Testversion sollte nun für einige Zeit in den Projektkliniken angewendet und anschließend evaluiert werden. In jedem Falle wird zur Ermittlung der Cut-Off und Normwerte eine von der Entwicklungsstichprobe unabhängige Stichprobe gefordert (Bühner, 2006, 2010; Goldhammer & Hartig, 2007; Jankisz & Moosbrugger, 2007). Damit entsprechende Normwerte ermittelt werden können, muss zunächst entschieden werden, welcher Art diese sein sollen. Denkbar sind derzeit z- oder T-Werte bzw. die Ermittlung von Cut-Off Werten auf Basis von Ergebnissen in der Bevölkerung. Aus Anwendersicht sind weiterhin diagnosespezifische Normwerte wünschenswert. Die Analysen zur differentiellen Validität hatten gezeigt, dass bei den hier analysierten Konstrukten zumeist soziodemografische (Alter, Geschlecht) und klinische Effekte (ICD-10 Diagnose) vorliegen. Daher gilt es zu entscheiden, in welchem Umfang diese bei der Ermittlung von Normwerten berücksichtigt werden sollen.

Die Optimierungen und Kürzungen der Verfahren haben weiterhin direkten Einfluss auf die Testanwendung. Durch die neuen Skalenlösungen verändern sich das Konfidenzintervall und der Reliable Change Index zur Veränderungsmessung. Im Anschluss an die psychometrischen Analysen sollten daher Untersuchungen der Veränderungen im Therapieverlauf folgen. Bislang liegen von N=830 stationären psychiatrischen Patienten Verlaufsdaten, d.h. Aufnahme- und Abschlussmessung vor. Diese müssen in der Zukunft ausgewertet und analysiert werden. Erst mit der Umsetzung der Veränderungsmessung kann SATEP dem Anspruch der Ergebnisqualitätssicherung vollständig entsprechen.



## 9.6 Fazit für die Praxis

In dieser Arbeit wurden neu entwickelte psychologische Instrumente zur Erfassung der Ergebnisqualität speziell für stationäre psychiatrische Patienten umfassend psychometrisch analysiert. Unbestritten ist in der Literatur der Nutzen der wiederholten Anwendung psychologischer Diagnostik zur Qualitätssicherung, Therapieevaluation und zur gezielten Therapieplanung und -gestaltung, besonders im Bereich der Psychotherapie (z.B.: Baumann & Stieglitz, 2001; Doering & Schüssler, 2000; Stieglitz & Baumann, 2001). Gerade im klinischen Alltag der psychiatrischen Grund- oder Akutversorgung wird die psychologische Diagnostik jedoch oftmals vernachlässigt. Hier stehen häufig das ärztliche Urteil und die Verordnung von Psychopharmaka zur Stabilisierung des Patienten im Vordergrund.

SATEP ist der Versuch der zwei Klinikträger SALUS und Asklepios, in den eigenen psychiatrischen Fachkliniken psychologische Diagnostik zu etablieren. Durch die Integration psychologischer Diagnostik in den Behandlungsablauf soll einerseits die Selbstauskunft der Patienten erfasst und berücksichtigt werden und andererseits die Mitarbeiter der Kliniken durch die standardisierte Erfassung psychologischer Diagnostik unterstützt und entlastet werden. Zur Erhöhung der Effektivität werden die SATEP Fragebögen alle direkt am PC ausgefüllt und Ergebnisse rückgemeldet. Die Nutzung der Computerdiagnostik hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen und rückt zunehmend in den Vordergrund. Vielfach ist ohne die EDV Umsetzung die Anwendung von Ansätzen zur Qualitätssicherung nicht möglich. Berger (2010) betont die Notwendigkeit der EDV-Anbindung, da nur so Programme direkt in die Versorgung und das Therapieprogramm integriert werden können.

Die Anwendung von SATEP in den SALUS und Asklepios Projektkliniken hat gezeigt, dass ein Großteil der Patienten motivational, kognitiv, emotional und körperlich in der Lage ist, verschiedene psychodiagnostische Instrumente auszufüllen. Um die Akzeptanz der Psychodiagnostik in der psychiatrischen Praxis bei den Ärzten und Therapeuten zu erhöhen, sind allerdings etliche Faktoren zu berücksichtigen. Der wichtigste Faktor aus Anwendersicht ist die Ökonomie, d.h. die Verfahren sollten möglichst kurz sein, dabei jedoch für die psychiatrisch-psychotherapeutische Arbeit wichtige Inhalte erfassen. Die Auswertung sollte am besten am PC automatisch erfolgen und die Testinterpretation möglichst selbsterklärend sein und auf Cut-off Werten bzw. Normwerten von Normalgesunden basieren.

Insgesamt hat die Anwendung von SATEP gezeigt, dass die Implementierung von psychologischer Diagnostik in den Psychiatriealltag möglich ist. Langfristig sollten jedoch für die ärztlichen und therapeutischen Mitarbeiter Möglichkeiten geschaffen, an Weiterbildungen zur Nutzung psychologischer Diagnostik in der Praxis teilzunehmen. Schließlich kann die psychologische Diagnostik nur dann ihr volles Potential entfalten, wenn die Möglichkeiten von den Anwendern entsprechend verstanden, erkannt und genutzt werden.

## Literatur

- Adams, H. B. (1964). "Mental illness" or interpersonal behaviour? *American Psychologist*, 19, 191-197.
- Angermeyer, M. C., Kilian, R. & Matschinger, H. (2000). *WHOQIL-100 und WHOQOL-Bref: Handbuch für die deutschsprachigen Versionen der WHO-Instrumente zur internationalen Erfassung von Lebensqualität*. Göttingen: Hogrefe.
- Badura, B. (2002). Evaluation und Qualitätsberichterstattung im Gesundheitswesen - Was soll bewertet werden und mit welchen Maßstäben? In B. Badura & J. Siegrist (Hrsg.), *Evaluation im Gesundheitswesen: Ansätze und Ergebnisse* (S. 15-42). Weinheim: Juventa.
- Bauer, M. & Engfer, R. (2006). Versorgungseinrichtungen für psychisch kranke erwachsene Menschen. In K. Hurrelmann (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (S. 967-1001). Weinheim: Juventa.
- Baumann, U. & Stieglitz, R.-D. (2001). Psychodiagnostik psychischer Störungen: Allgemeine Grundlagen. In R.-D. Stieglitz, U. Baumann & H. J. Freyberger (Hrsg.), *Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie* (S. 3-20). Stuttgart: Thieme.
- Becker, P. & Mohr, A. (2005). Psychometrische Argumente für die Verwendung untransformierter Skalenwerte im Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 34 (3), 205-214.
- Berger, M. (2010). *Entwicklungsperspektiven für standardisierte Qualitätssicherung in psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken*. Paper presented at the DGPPN Tagung 2010.
- Berking, M., Orth, U. & Lutz, W. (2006). Wie effektiv sind systematische Rückmeldungen des Therapieverlaufs an den Therapeuten?: Eine empirische Studie in einem stationär-verhaltenstherapeutischen Setting. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35 (1), 21-29.
- Berkman, L. F. (1995). The role of social relations in health promotion. *Psychosomatic medicine*, 57 (3), 245-254.
- Bermejo, I., Kriston, L. & Härter, M. (2008). Patientenzufriedenheit in der stationären Behandlung depressiver Störungen: soziodemographische, klinische und behandlungsbezogene Prädiktoren. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 17, 97-105.
- Böhnke, J. R. & Lutz, W. (2010). War da was - oder doch nicht? Methoden zu Entwicklung sensitiver Kurzformen für Verlaufsmessung und Qualitätsmonitoring. *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 3 (1), 38-58.
- Bölt, U. & Graf, T. (2009). Stationäre Gesundheitsversorgung in Deutschland: Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2008. In S. Bundesamt (Hrsg.), *Wirtschaft und Statistik* (S. 1227-1242). Wiesbaden.

- BRD (2002). *Sozialgesetzbuch (SGB) in der Fassung vom 24.07.2002* (29. Auflage). München: dtv.
- BRD (2009). Krankenhausfinanzierungsgesetz: §17d Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen Retrieved 30.11.2010, [http://www.gesetze-im-internet.de/khg/\\_17d.html](http://www.gesetze-im-internet.de/khg/_17d.html)
- Bühner, M. (2006). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion* (2., aktualisierte Auflage). München: Pearson Studium.
- Bühner, M. (2010). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion* (3., aktualisierte und erweiterte Aufl.). München: Pearson Studium.
- Bullinger, M. & Kirchberger, I. (1998). *SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand*. Göttingen: Hogrefe.
- Bullinger, M. & Ravens-Sieberger, U. (2001). Diagnostik der Lebensqualität. In R.-D. Stieglitz, U. Baumann & H. J. Freyberger (Hrsg.), *Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie* (S. 246-257). Stuttgart: Thieme.
- Burlingame, G. M., Dunn, T. W., Chen, S., Lehman, A., Axman, R., Earnshaw, D. et al. (2005). Selection of outcome assessment instruments for inpatients with severe and persistent mental illness. *Psychiatric Services*, 56 (4), 444-451.
- Clark, L. A. & Watson, D. (1991). Tripartite Model of Anxiety and Depression: Psychometric Evidence and Taxonomic Implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100 (3), 316-336.
- Collegium Internationale Psychiatriae Sclorum (Hrsg.). (2005). *Internationale Skalen für Psychiatrie* (5., vollständig überarbeitete und erweiterte Ausg. ed.). Göttingen: Beltz.
- Cummins, R. A. (2010). Subjective wellbeing, homeostatically protected mood and depression: a synthesis. *Journal of Happiness Studies*, 11 (1), 1-17.
- Daig, I. & Lehmann, A. (2007). Verfahren zur Messung der Lebensqualität. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 16 (1-2), 5-23.
- Davison, G. C., Neale, J. M. & Hautzinger, M. (2002). *Klinische Psychologie* (6., vollständig überarbeitete Auflage). Weinheim: Beltz.
- Deu, A., Heimbrock, F. & Röhrle, B. (2009). Der Zusammenhang zwischen Merkmalen Sozialer Netzwerke und der therapeutischen Beziehung. In B. Röhrle & A.-R. Laireiter (Hrsg.), *Soziale Unterstützung und Psychotherapie* (S. 227-253). Tübingen: Dgvt-Verl.
- DGPPN, BÄK, KBV & AWMF (2010). *Nationale Versorgungs Leitlinie unipolare Depression*. Berlin: Springer.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E. & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological bulletin*, 125 (2), 276-302.
- Dilling, H. & Freyberger, H. J. (2008). *Taschenführer zur Klassifikation psychischer Störungen*. Bern: Verlag Hans Huber.

- Doering, S. & Schüssler, G. (2000). Diagnostik in der Psychosomatik. In A.-R. Laireiter (Hrsg.), *Diagnostik in der Psychotherapie* (S. 367-379). Wien: Springer Verlag.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *The journal of the American Medical Association*, 260 (12), 1743-1748.
- Dörfler, T. & Dislich, F. X. R. (2008). Leistungsdiagnostik. *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 1, 61-83.
- Farin, E. & Bengel, J. (2003). Qualitätssicherung, Evaluationsforschung und Psychotherapieforschung: Abgrenzung und Zusammenwirken. In M. Härter, H. Linster & R.-D. Stieglitz (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in der Psychotherapie* (S. 47-68). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Farrell, A. D. (1999). Evaluation of the computerized assessment system for psychotherapy evaluation and research (CASPER) as a measure of treatment in an outpatient training clinic. *Psychological Assessment*, 11 (3), 345-358.
- Forkmann, T., Boecker, M., Wirtz, M., Frey, C., Norra, C. & Gauggel, S. (2010). Adaptives Testen in der Psychotherapie: Das Rasch-basierte Adaptive Depressionsscreening (A-DESC). *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 3 (1), 59-75.
- Franke, G. H. (2000). *Brief Symptom Inventory von L. R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R) - deutsche Version*. Göttingen: Beltz Test.
- Franke, G. H. (2002). *Symptom-Checkliste von L.R. Derogatis (SCL-90-R) - deutsche Version* (2., überarbeitete und neunormierte Auflage). Göttingen: Beltz Test.
- Franke, G. H., Ankerhold, A., Haase, M., Jäger, S., Tögel, C., Ulrich, C. et al. (2011). Der Einsatz des Brief Symptom Inventory 18 (BSI-18) bei Psychotherapiepatienten. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 61 (2), 82-86.
- Franke, G. H., Hoffmann, T. & Frommer, J. (2005). Entspricht die Symptombesserung vier Wochen nach Behandlungsbeginn dem Erfolg in der Ein-Jahres-Katamnese? Eine Studie zur stationären psychodynamischen Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 51, 360-372.
- Franke, G. H. & Jäger, S. (2010). SALUS-Asklepios Therapie-Erfolgsprogramm: Handbuch Version 9, verfügbar unter [www.satep.de](http://www.satep.de)
- Freudenmann, R. W. & Spitzer, M. (2001). Computergestützte Patientenbefragungen als Grundlage für moderne Qualitätssicherung in der Psychiatrie. *Nervenarzt*, 72, 40-51.
- Freyberger, H. J. & Stieglitz, R.-D. (2000). Diagnostik in der Psychiatrie. In A.-R. Laireiter (Hrsg.), *Diagnostik in der Psychotherapie* (S. 343-351). Wien: Springer.
- Freyberger, H. J. & Stieglitz, R.-D. (2006). Leitlinien zur Diagnostik in der Psychiatrie und Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 54 (1), 23-33.

- Gaebel, W. & Falkei, P. (2005). *S3 Behandlungsleitlinie Schizophrenie*. Darmstadt: Steinkopff.
- Gaebel, W. & Schwarz, M. (1998). Elemente der Qualitätssicherung in der Psychiatrie. In A.-R. Laireiter & H. Vogel (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung : Ein Werkstattbuch* (S. 377-399). Tübingen.
- Gallas, C. & Efthimiou, A. (2006). *Benutzer-Handbuch Web-AKQUASI: Computergestützte Qualitätssicherung in der Psychotherapie*. Heidelberg.
- Gassmann, D. & Grawe, K. (2009). Ressourcenorientierte Psychotherapie - Schwerpunkt soziale Ressourcen. In B. Röhrle & A.-R. Laireiter (Hrsg.), *Soziale Unterstützung und Psychotherapie* (S. 99-120). Tübingen: Dgvt-Verl.
- Gauggel, S. & Volz-Sidiropoulou, E. (2008). Neuropsychologische Diagnostik. *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 1, 107-121.
- Gerhards, F., Deggerich, G. & Finke, P. (1993). Soziale Fertigkeiten, sozialer Rückhalt und Gesundheit. In A. Laireiter (Hrsg.), *Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung: Konzepte, Methoden und Befunde* (S. 195-205). Bern: Huber.
- GKV-Spitzenverband (2009). Vereinbarung über die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß §17d KHG (Psych-Entgeltsystem) zwischen dem GKV-Spitzenverband, Berlin, sowie dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V., Köln, gemeinsam und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V., Berlin Retrieved 30.11.2010, [http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/2009\\_11\\_23\\_Grundlagenvereinbarung\\_Psych-Entgeltsystem\\_10801.pdf](http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/2009_11_23_Grundlagenvereinbarung_Psych-Entgeltsystem_10801.pdf)
- Goldhammer, F. & Hartig, J. (2007). Interpretation von Testresultaten und Testeichung. In A. Kelava (Hrsg.), *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion* (S. 165-192). Heidelberg: Springer.
- Grosse Holtforth, M., Lutz, W. & Grawe, K. (2006). Structure and change of the IIP-D pre- and postpsychotherapy - A replication using a Swiss clinical sample. *European Journal of Psychological Assessment*, 22, 98-103.
- Güntert, B. (2002). Benchmarking als Instrument zur Qualitätssicherung. In B. Badura & J. Siegrist (Hrsg.), *Evaluation im Gesundheitswesen - Ansätze und Ergebnisse* (S. 105-120). Weinheim: Juventa.
- Gurtman, M. B. & Lee, D. L. (2009). Sex differences in interpersonal problems: a circumplex analysis. *Psychological assessment*, 21 (4), 515-527.
- Haase, M., Frommer, J., Franke, G. H., Hoffmann, T., Schulze-Muetzel, J., Jäger, S. et al. (2008). From symptom relief to interpersonal change: Treatment outcome and effectiveness in inpatient psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 18 (5), 615-624.

- Haggerty, G., Hilsenroth, M. J. & Vala-Stewart, R. (2009). Attachment and interpersonal distress: examining the relationship between attachment styles and interpersonal problems in a clinical population. *Clinical psychology & psychotherapy*, 16 (1), 1-9.
- Hannöver, W., Dogs, C. P. & Kordy, H. (2000). Patientenzufriedenheit ein Maß für Behandlungserfolg? *Psychotherapeut*, 45 (5), 292-300.
- Hansson, L. (2006). Determinants of quality of life in people with severe mental illness. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 116 (Supp.), 46-50.
- Hansson, L. & Björkman, T. (2007). Are factors associated with subjective quality of life in people with severe mental illness consistent over time? - A 6-year follow-up study. *Quality of life research*, 16 (1), 9-16.
- Härter, M., Linster, H. W. & Stieglitz, R.-D. (2003). Grundlagen und Konzepte von Qualitätsmanagement in der Psychotherapie. In M. Härter, H. W. Linster & R.-D. Stieglitz (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in der Psychotherapie: Grundlagen in der Psychotherapie* (S. 17-46). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Härter, M., Sitta, P., Keller, F., Metzger, R., Wiegand, W., Schell, G. et al. (2004). Stationäre psychiatrisch psychotherapeutische Depressionsbehandlung: Prozess- und Ergebnisqualität anhand eines Modellprojekts in Baden-Württemberg. *Nervenarzt*, 75 (11), 1083-1091.
- Hartig, J., Frey, A. & Jude, N. (2007). Validität. In H. Moosbrugger & A. Kelava (Hrsg.), *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion* (S. 135-164). Heidelberg: Springer.
- Haug, S., Puschner, B., Lambert, M. J. & Kordy, H. (2004). Veränderungsmessung in der Psychotherapie mit dem Ergebnisfragebogen (EB-45). *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 25 (3), 141-151.
- Hermer, M. (2009). Soziale Netzwerke und die Qualität der therapeutischen Beziehung. In B. Röhrle & A.-R. Laireiter (Hrsg.), *Soziale Unterstützung und Psychotherapie* (S. 191-225). Tübingen: Dgvt-Verl.
- Herschbach, P., Brandl, T., Knight, L. & Keller, M. (2004). Einheitliche Beschreibung des subjektiven Befindens von Krebskranken. Entwicklung einer psychoonkologischen Basisdokumentation (PO-Bado). *Deutsches Ärzteblatt*, 101 (12), 799-802.
- Heuft, G. & Senf, W. (Hrsg.). (1998). *Praxis der Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Das Manual zur Psy-BaDo*. Stuttgart: Thieme.
- Heuft, G., Senf, W., Bell, K., Cording, C., Geyer, M., Janssen, P. L. et al. (1999). Psy-BaDo: Kernmodul einer Basisdokumentation in der Fachpsychotherapie. *Psychotherapeut*, 43 (1), 48-52.
- Hiller, W., Bleichhardt, G. & Schindler, A. (2009). Evaluation von Psychotherapien aus der Perspektive von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 57 (1), 7-22.

- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E. & Bartholomew, K. (1993). Interpersonale Probleme in der Psychotherapie. *Gruppentherapie und Gruppendynamik*, 29, 170-197.
- Horowitz, L. M., Strauß, B. & Kordy, H. (2000). *Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme (IIP-D) - deutsche Version*. Göttingen: Beltz Test.
- Horowitz, L. M. & Vitkus, J. (1986). The interpersonal basis of psychiatric symptoms. *Clinical psychology Review*, 6, 443-469.
- Howard, K. I., Lueger, R. J., Maling, M. S. & Martinovich, Z. (1993). A phase model of psychotherapy outcome: causal mediation of change. *Journal of consulting and clinical psychology*, 61 (4), 678-685.
- Howard, K. I., Moras, K., Brill, P. L., Martinovich, Z. & Lutz, W. (1996). Efficacy, Effectiveness, and patient progress. *American Psychologist*, 51 (10), 1059-1064.
- Hoyer, J., Bermejo, I. & Härter, M. (2003). Qualitätsmanagement in der stationären Psychiatrie und Psychotherapie. In M. Härter, H. Linster & R.-D. Stieglitz (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in der Psychotherapie : Grundlagen, Methoden und Anwendung* (S. 267-288). Göttingen: Hogrefe.
- Hoyer, J. & Uhmann, S. (2008). Therapieevaluation. *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 1, 84-106.
- Hu, L. & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis. Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1-55.
- Huber, G. (1999). *Psychiatrie: Lehrbuch für Studium und Weiterbildung* (6., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage). Stuttgart: Schattauer.
- Hübner-Liebermann, B., Spießl, H. & Cording, C. (2005). Wer kommt woher, er geht wohing? Behandlungswege stationär-psychiatrischer Patienten. *Der Nervenarzt*, 7, 856-864.
- Jacobson, N. S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of consulting and clinical psychology*, 59 (1), 12-19.
- Jäger, S. & Franke, G. H. (2010). Der Fragebogen zur sozialen Unterstützung: Psychometrische Prüfung an einer Stichprobe Studierender. *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 3 (4).
- Jankisz, E. & Moosbrugger, H. (2007). Planung und Entwicklung von psychologischen Tests und Fragebogen. In A. Kelava (Hrsg.), *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion* (S. 27-72). Heidelberg: Springer.
- Janssen, B., Burgmann, C., Habel, U., Held, T., Hoff, P., Jänner, M. et al. (2000). Externe Qualitätssicherung der stationären Behandlung schizophrener Patienten: Ergebnisse einer multizentrischen Studie. *Nervenarzt*, 71 (5), 364-372.
- Janssen, B., Menke, R., Pourhassan, F., Geßner-Özokyay, D., Peters, R. & Gaebel, W. (2006). Leitlinienimplementierung auf der Basis einer computergestützten Decision-

- support-Systems: Ein Beitrag zum Qualitätsmanagement in der ambulanten nervenärztlichen Schizophreniebehandlung. *Nervenarzt*, 77 (5), 567-575.
- Kelava, A. & Moosbrugger, H. (2007). Deskriptivstatistische Evaluation von Items (Itemanalyse) und Testverteilungen. In A. Kelava (Hrsg.), *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion* (S. 73-98). Heidelberg: Springer.
- Knappe, S., Runge, J., Beesdo, K., Jacobi, F. & Wittchen, H.-U. (2008). Diagnostik psychischer Störungen: "Gold" - oder "Blech"-Standard?: Kritische Randbemerkungen zu standardisierten diagnostischen Instrumenten und der Bewertung klinischer Routinediagnosen. *Psychotherapie und Psychosomatische Medizin*, 58, 72-75.
- Knoll, N. & Kienle, R. (2007). Fragebogenverfahren zur Messung verschiedener Komponenten sozialer Unterstützung: ein Überblick. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 16 (1-2), 57-71.
- Konzag, T.-A., Fikentscher, E. & Bandemer-Greulich, U. (2000). Vernetzte Evaluierung von Prozess- und Ergebnisqualität in der stationären Psychotherapie: Eine Praktikabilitätsstudie. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 50 (9/10), 376-383.
- Kubinger, K. D. (2009). Psychologische Computerdiagnostik. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 57 (1), 23-32.
- Laireiter, A.-R. (1993). Begriffe und Methoden der Netzwerk- und Unterstützungsforschung. In A. Laireiter (Hrsg.), *Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung: Konzepte, Methoden und Befunde* (S. 15-44). Bern: Huber.
- Laireiter, A.-R. (2000). Diagnostik, Dokumentation und Qualitätssicherung von Psychotherapie. In A.-R. Laireiter (Hrsg.), *Diagnostik in der Psychotherapie* (S. 441-458). Wien: Springer Verlag.
- Laireiter, A.-R. (2003). Dokumentation in der Psychotherapie. In M. Härter, H. Linster & R.-D. Stieglitz (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in der Psychotherapie : Grundlagen, Methoden und Anwendung* (S. 71-95). Göttingen: Hogrefe.
- Laireiter, A.-R., Baumann, U. & Stieglitz, R.-D. (2001). Soziodiagnostik: Soziales Netzwerk, Soziale Unterstützung und Soziale Anpassung. In R.-D. Stieglitz, U. Baumann & H. J. Freyberger (Hrsg.), *Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie* (S. 210-228). Stuttgart: Thieme.
- Laireiter, A.-R., Saller, M. & Sieker, S. (2009). Soziales Netzwerk und Soziale Unterstützung bei der Bewältigung psychischer Probleme und der Suche nach professioneller Hilfe. In B. Röhrle & A.-R. Laireiter (Hrsg.), *Soziale Unterstützung und Psychotherapie* (S. 317-395). Tübingen: dgvt Verlag.
- Laireiter, A.-R., Stieglitz, R.-D. & Baumann, U. (2001). Dokumentation in der Klinischen Psychologie, Psychotherapie und Psychiatrie. In R.-D. Stieglitz, U. Baumann & H. J.



- Freyberger (Hrsg.), *Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie* (S. 65-79). Stuttgart: Thieme.
- Lange, C. & Heuft, G. (2002). Die Beeinträchtigungsschwere in der psychosomatischen und psychiatrischen Qualitätssicherung: Global Assessment of Functioning Scale (GAF) vs. Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 48, 256-269.
- Leber, W.-D. (2010). *Zur Mechanik psychiatrischer Entgelte aus der Sicht der GKV [Abstract]*. Paper presented at the DGPPN Fachtagung 2010.
- Leichsenring, F., Dimpelmann, M., Berger, J., Jäger, U. & Rabung, S. (2005). Ergebnisse stationärer psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung von schizophrenen, schizoaffektiven und anderen psychotischen Störungen. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 51 (1), 23-37.
- Leucht, S., Kane, J. M., Kissling, W., Hamann, J., Etschel, E. & Engel, R. (2005). Clinical implications of Brief Psychiatric Rating Scale scores. *British Journal of Psychiatry*, 187, 366-371.
- Lischka, A.-M., Popien, C. & Linden, M. (2005). Messinstrumente zur Erfassung des sozialen Netzes. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 55, 358-364.
- Lutz, W., Tholen, S., Schürch, E. & Berking, M. (2006). Die Entwicklung, Validierung und Reliabilität von Kurzformen gängiger psychometrischer Instrumente zur Evaluation des therapeutischen Fortschritts in Psychotherapie und Psychiatrie. *Diagnostica*, 52 (1), 11-25.
- Macdonald, E. M., Pica, S., McDonald, S., Hayes, R. L. & Baglioni, A. J., Jr. (1998). Stress and coping in early psychosis. Role of symptoms, self-efficacy, and social support in coping with stress. *The British journal of psychiatry*, 172 (Supp. 33), 122-127.
- Maß, R., Burmeister, J. & Krausz, M. (1997). Dimensionale Struktur der deutschen Version der Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). *Nervenarzt*, 68, 239-244.
- Maylath, E. (2005). Rehabilitationsantrag oder Krankenhauseinweisung. In R. M. Frieboes, M. Zaudig & M. Nosper (Hrsg.), *Rehabilitation bei psychischen Störungen* (S. 58-72). München: Elsevier.
- Menke, R., Wobrock, T., Weinmann, S., Janssen, B., Falkai, P. & Gaebel, W. (2006). Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 54 (1), 3-12.
- Meyer, C., Rumpf, H. J., Hapke, U., Dilling, H. & John, U. (2000). Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung: Ergebnisse der TACOS-Studie. *Nervenarzt*, 71 (7), 535-542.

- Modestin, J., Hanselmann, F., Rüesch, P., Grünwald, H. & Meyer, P. (2003). Der Züricher Fragebogen zur Patientenzufriedenheit in der Psychiatrie: Entwicklung und Charakteristika. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 154 (3), 127-138.
- Moessner, M., Zimmer, B., Gallas, C., Percevic, R. & Kordy, H. (2009). Das Klinisch Psychologische Diagnosesystem 38 (KPD-38): Validierung an einer multizentrischen Patientenstichprobe. *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 2 (3), 194-204.
- Mohr, D. C., Beutler, L. E., Engle, D., Shoham-Salomon, V., Bergan, J., Kaszniak, A. W. et al. (1990). Identification of patients at risk for nonresponse and negative outcome in psychotherapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 58 (5), 622-628.
- Möller-Leimkühler, A. M. & Dunkel, D. (2003). Zufriedenheit psychiatrischer Patienten mit ihrem stationärem Aufenthalt: Ergebnisse einer Stichtagserhebung. *Nervenarzt*, 74 (1), 40-47.
- Möller-Leimkühler, A. M., Dunkel, R. & Müller, P. (2002). Determinanten der Patientenzufriedenheit: Behandlungsbezogene und klinische Variablen, subjektives Krankheitskonzept und Lebensqualität. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 70 (8), 410-417.
- Möller, H.-J., Laux, G. & Deister, A. (2001). *Psychiatrie und Psychotherapie* (2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Stuttgart: Thieme.
- Mueller, S. E., Degen, B., Petitjean, S., Wiesbeck, G. A. & Walter, M. (2009). Gender differences in interpersonal problems of alcohol-dependent patients and healthy controls. *International journal of environmental research and public health*, 6 (12), 3010-3022.
- Nasser, E. H. & Overholser, J. C. (2005). Recovery from major depression: the role of support from family, friends, and spiritual beliefs. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 111 (2), 125-132.
- Nosper, M. (2005). Psychotherapie als kurative und rehabilitative Behandlung. In R. M. Frieboes, M. Zaudig & M. Nosper (Hrsg.), *Rehabilitation bei psychischen Störungen* (S. 96-109). München: Elsevier.
- Nübling, R., Steffanowski, A., Körner, M., Rundel, M., Kohl, C., Löschmann, D. et al. (2007). Kontinuierliche Patientenbefragung als Instrument für das interne Qualitätsmanagement in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, 12, 44-50.
- Percevic, R. (2005). *Entwicklung und Evaluation eines computergestützten Testdarbietungssystems für therapiebegleitendes Ergebnismonitoring in der Psychotherapie*. Mannheim: Dissertation.
- Percevic, R., Gallas, C., Arikan, L., Mößner, M. & Kordy, H. (2006). Internet-gestützte Qualitätssicherung und Ergebnismonitoring in Psychotherapie, Psychiatrie und psychosomatischer Medizin. *Psychotherapeut*, 51 (5), 395-397.

- Percevic, R., Gallas, C., Wolf, M., Haug, S., Hünerfauth, T., Schwarz, M. et al. (2005). Das Klinisch Psychologische Diagnosesystem 38 (KPD-38): Entwicklung, Normierung und Validierung eines Selbstbeurteilungsbogens für den Einsatz in Qualitätssicherung und Ergebnismonitoring in der Psychotherapie und psychosomatischen Medizin. *Diagnostica*, 51 (3), 134-144.
- Pestingier, B., Töpel, E.-M. & Kabis, C. (2010). Qualitätsbericht 2008 Fachklinikum Stadtroda. Retrieved 14.12.2010: [https://secure.syyinx.de/asklepiosCMS/webpageUpload/710-268018\\_\\_Stadtroda-Asklepios-Fachklinikum-Qualitaetsbericht\\_2008.pdf](https://secure.syyinx.de/asklepiosCMS/webpageUpload/710-268018__Stadtroda-Asklepios-Fachklinikum-Qualitaetsbericht_2008.pdf)
- Puschner, B., Kraft, S. & Bauer, S. (2004). Interpersonal problems and outcome in outpatient psychotherapy: findings from a long-term longitudinal study in Germany. *Journal of personality assessment*, 83 (3), 223-234.
- Rammstedt, B. (2008). Persönlichkeitsdiagnostik. *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 1, 41-60.
- Rentrop, M., Bohm, A. & Kissling, W. (1999). Patientenzufriedenheit mit stationär psychiatrischer Behandlung. Historische Entwicklung, Methoden und Ergebnisse im Überblick der internationalen Literatur. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 67 (10), 456-465.
- Röhrle, B. (2008). Aufgaben und Hintergründe. In B. Röhrle, F. Caspar & P. F. Schlottke (Hrsg.), *Lehrbuch der klinisch-psychologischen Diagnostik* (S. 13-29). Stuttgart: Kohlhammer.
- Röhrle, B. & Laireiter, A.-R. (2009). Soziale Unterstützung und Psychotherapie: Zwei eng vernetzte Forschungsfelder. In B. Röhrle & A.-R. Laireiter (Hrsg.), *Soziale Unterstützung und Psychotherapie* (S. 11-46). Tübingen: Dgvt-Verlag.
- Röhrle, B. & Strouse, J. (2009). Der Einfluss Sozialer Netzwerke auf den psychotherapeutischen Erfolg - Eine Meta-Analyse. In B. Röhrle & A.-R. Laireiter (Hrsg.), *Soziale Unterstützung und Psychotherapie* (S. 277-296). Tübingen: Dgvt-Verl.
- Schermelleh-Engel, K. & Werner, C. (2007). Methoden der Reliabilitätsbestimmung. In H. Moosbrugger & A. Kelava (Hrsg.), *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion* (S. 113-134). Heidelberg: Springer.
- Schindler, C. & Körkel, J. (2009). Die Bedeutung Sozialer Unterstützung für Rückfallgenese und -verlauf bei Alkoholabhängigen. In B. Röhrle & A.-R. Laireiter (Hrsg.), *Soziale Unterstützung und Psychotherapie* (S. 419-444). Tübingen: Dgvt-Verl.
- Schmidt, J., Nübling, R. & Lamprecht, F. (1992). Möglichkeiten klinikinterner Qualitätssicherung (QS) auf Grundlage eines Basis-Dokumentations-Systems sowie erweiterter Evaluationsstudien. *Gesundheitswesen*, 54, 70-80.

- Schmidt, J. & Wittmann, W. W. (2002). ZUF-8: Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit. In E. Brähler, J. Schumacher & B. Strauß (Hrsg.), *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie* (S. 392-396). Göttingen: Hogrefe.
- Schmidt, L. G., Gastpar, M., Falkei, P. & Gaebel, W. (2006). *Evidenzbasierte Suchtmedizin: Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen*. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Schmitz, N. & Davies-Osterkamp, S. (1997). Klinische und statistische Signifikanz - diskutiert am Beispiel der Symptom Check Liste (SCL-90-R). *Diagnostica*, 43 (1), 80-96.
- Schneider-Düker, M. (1992). Das interpersonale Modell - eine psychotherapeutische Grundorientierung? *Gruppentherapie und Gruppendynamik*, 28, 93-113.
- Schramm, E., van Calker, D., Dykieriek, P., Lieb, K., Kech, S., Zobel, I. et al. (2007). An intensive treatment program of interpersonal psychotherapy plus pharmacotherapy for depressed inpatients: acute and long-term results. *The American journal of psychiatry*, 164 (5), 768-777.
- Schrappe, M. (2004). Qualität in der Gesundheitsversorgung. In K. W. Lauterbach & M. Schrappe (Hrsg.), *Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine: Eine systematische Einführung* (S. 267-276). Stuttgart: Schattauer.
- Schulz, H., Barghaan, D., Harfst, T. & Koch, U. (2008). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 41: Psychotherapeutische Versorgung*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Schweizer, K. (2011). Some thoughts concerning the recent shift from measures with many items to measures with few items. *European Journal of Psychological Assessment*, 27 (2), 71-72.
- Spießl, H., Binder, H., Cording, C., Klein, H. E. & Hajak, G. (2006). Klinikpsychiatrie unter ökonomischem Druck. *Deutsches Ärzteblatt*, 103 (39), A2549-A2552.
- Spießl, H., Hausner, H., Hajak, G. & Cording, C. (2008). Dokumentation in der Psychiatrie und Psychotherapie. *Der Nervenarzt*, 79 (9), 1087-1098.
- Spöhring, W. & Hermer, M. (1998). Ergebnisqualität - Reichweite eines Konzeptes in Psychiatrie und Psychotherapie. In A.-R. Laireiter & H. Vogel (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung - Ein Werkstattbuch* (S. 559-574). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Steinert, T. & Bergk, J. (2008). Aggressives und gewalttätiges Verhalten: Diagnostik, Prävention, Behandlung. *Der Nervenarzt*, 79 (3), 359-370.
- Steyer, R., Hannover, W., Telser, C. & Kriebel, R. (1997). Zur Evaluation intraindividuellen Veränderung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 26 (4), 291-299.
- Stieglitz, R.-D. (2003). Psychodiagnostische Verfahren. In M. Härter, H. Linster & R.-D. Stieglitz (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in der Psychotherapie - Grundlagen, Methoden und Anwendung* (S. 97-117). Göttingen: Hogrefe.

- Stieglitz, R.-D. (2008a). *Diagnostik und Klassifikation in der Psychiatrie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Stieglitz, R.-D. (2008b). Klinische Diagnostik. *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 1, 19-40.
- Stieglitz, R.-D. (2008c). Therapie-begleitende Diagnostik. *Psychodynamische Psychotherapie*, 7, 229-239.
- Stieglitz, R.-D. & Baumann, U. (2001). Veränderungsmessung. In R.-D. Stieglitz, U. Baumann & H. J. Freyberger (Hrsg.), *Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie* (S. 21-38). Stuttgart: Thieme.
- Sulz, S. K. D. (2001). Qualitätsmanagement in der ambulanten Psychotherapiepraxis. *Psychotherapie*, 6 (1), 30-56.
- Testkuratorium (2010). TBS-TK - Testbeurteilungssystem des Testkuratoriums der Föderation Deutscher Psychologenvereinigungen. Revidierte Fassung vom 09. September 2009. *Psychologische Rundschau*, 61 (1), 53-56.
- Thomas, A. & Strauß, B. (2008). Diagnostische Methoden nach dem Interpersonalen Modell der Persönlichkeit. *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 1, 255-277.
- Tritt, K., Götz, K., Loew, T. & von Heymann, F. (2007). Qualitätssicherung mit Benchmarking in der stationären Psychosomatik. *Psychotherapie im Dialog*, 8 (1), 74-78.
- Tritt, K., von Heymann, F., Zaudig, M., Loew, T., Söllner, W., Fischer, H. F. et al. (2010). Das ICD-10-Symptom-Rating (ISR): Zusammenhänge mit der SCL-90-R. *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 3 (1), 22-37.
- Tritt, K., von Heymann, F., Zaudig, M., Zacharias, I., Söllner, W. & Loew, T. (2007). *Die Entwicklung des Fragebogens ICD-10-Symptom-Rating (ISR) - Kurzbeschreibung der Pilotversion 1.0 und der Version 2.0*. München: Institut für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und Psychosomatik, Qualitas GmbH.
- Wahl, I., Meyer, B., Löwe, B. & Rose, M. (2010). Die Erfassung der Lebensqualität in der Psychotherapieforschung. *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 3 (1), 4-21.
- Wetterling, T., Junghans, K., Müßigbrodt, H., Freyberger, H. J. & Dilling, H. (1997). Erfassung der Therapieergebnisse im Rahmen der Qualitätssicherung in einer psychiatrischen Klinik: Ein Erfahrungsbericht. *Nervenarzt*, 68, 742-751.
- Wiggins, J. S. & Broughton, R. (1985). The interpersonal circle: A structural model for the integration of personality research. In R. Hogan & W. H. Jones (Hrsg.), *Perspectives in personality* (S. 1-47). Greenwich: JAI Press.
- Winter, S., Wiegard, A., Welke, M. & Lehmkuhl, U. (2005). Evaluation mit der Psychotherapie Basisdokumentation für Kinder und Jugendliche: Psy-BaDo-KJ: Ein Instrument zur Qualitätssicherung und Therapieevaluation im Bereich Kinder- und Jugendpsychotherapie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 33 (2), 113-122.

- Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland: Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 44 (10), 993-1000.
- Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2004). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 21: Angststörungen*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Wittchen, H.-U., Jacobi, F., Klose, M. & Ryl, L. (2010). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 51: Depressive Erkrankungen*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Wittchen, H.-U., Müller, N., Pfister, H., Winter, S. & Schmidtkunz, B. (1999). Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland - Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys "Psychische Störungen". *Gesundheitswesen*, 61 (Sonderheft 2), S216-S222.
- Yoshimasu, K., Sugahara, H., Tokunaga, S., Akamine, M., Kondo, T., Fujisawa, K. et al. (2006). Gender differences in psychiatric symptoms related to suicidal ideation in Japanese patients with depression. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 60 (5), 563-569.

## Anhang

### Tabellen

Tabelle A-58

#### *Modell-Fit Kriterien*

Fit Kriterium	Interpretation
$\chi^2$ -Test, p	<p><b>Annahme des Modells:</b> Ist das Ergebnis nicht signifikant, dann weist das Modell einen exakten Model Fit auf. Der exakte Modell-Fit weist darauf hin, dass das Vertrauensintervall des RMSEA den Wert Null enthält.</p> <p><b>Besonderheit:</b> Obwohl der <math>\chi^2</math>-Test stark von der Stichprobengröße abhängig ist, muss er immer angegeben werden. In größeren Stichproben kann dieses Kriterium daher vernachlässigt werden.</p>
Root-Mean-Square-Error of Approximation (RMSEA)	<p><b>Annahme des Modells:</b> N&gt;250: RMSEA&lt;0,06</p>
Comparative-Fit-Index (CFI)	<p><b>Annahme des Modells:</b> CFI <math>\geq</math> 0,95</p>
Tucker-Lewis-Index (TLI)	<p><b>Annahme des Modells:</b> TLI <math>\geq</math> 0,95</p>

*Anmerkung.* (Bühner, 2006, 2010; Hu & Bentler, 1999)

Tabelle A-59

*Itemanalyse FEB Patientenstichprobe (N=1.604)*

Item	Missing	M (SD)	1 = gar nicht	2 = selten	3 = ab und zu	4 = oft	5 = sehr oft	6 = immer	Schiefe	r <sub>i</sub>	P <sub>i</sub>
1 Niedergeschlagenheit	12 (0,7%)	3,55 (1,3)	122 (7,7%)	219 (13,8%)	427 (26,8%)	397 (24,9%)	343 (21,5%)	84 (5,3%)	-0,16	,657	51
2 ein unangenehmes Gefühl, wenn ich beobachtet werde oder wenn über mich geredet wird	15 (0,9%)	2,75 (1,5)	414 (26,1%)	349 (22,0%)	353 (22,2%)	224 (14,1%)	188 (11,8%)	61 (3,8%)	0,46	,655	35
3 Kraftlosigkeit in den Gliedmaßen	7 (0,4%)	2,93 (1,4)	326 (20,4%)	323 (20,2%)	407 (25,5%)	282 (17,7%)	193 (12,1%)	66 (4,1%)	0,29	,610	39
4 Angstgefühle, wenn ich auf Plätzen oder Straßen unterwegs bin	7 (0,4%)	2,28 (1,5)	729 (45,6%)	269 (16,8%)	256 (16,0%)	166 (10,4%)	122 (7,6%)	55 (3,4%)	0,91	,653	26
5 ein Gefühl der Minderwertigkeit anderen gegenüber	6 (0,4%)	2,84 (1,6)	442 (27,7%)	283 (17,7%)	338 (21,2%)	235 (14,7%)	218 (13,6%)	82 (5,1%)	0,37	,719	37
6 den Eindruck, dass andere Personen mich nicht mögen	6 (0,4%)	2,53 (1,4)	489 (30,6%)	386 (24,2%)	337 (21,1%)	198 (12,4%)	154 (9,6%)	34 (2,1%)	0,61	,648	31
7 Arme und Beine, die sich anfühlen, als wären sie aus Blei	4 (0,2%)	2,61 (1,5)	509 (31,8%)	305 (19,1%)	356 (22,3%)	218 (13,6%)	161 (10,1%)	51 (3,2%)	0,53	,597	32
8 Angstgefühle, wenn ich alleine das Haus verlasse	8 (0,5%)	2,20 (1,5)	797 (49,9%)	237 (14,8%)	241 (15,1%)	144 (9,0%)	118 (7,4%)	59 (3,7%)	1,01	,629	24
9 das Gefühl, nichts wert zu sein	3 (0,2%)	3,00 (1,7)	440 (27,5%)	243 (15,2%)	285 (17,8%)	260 (16,2%)	249 (15,6%)	124 (7,7%)	0,25	,730	40
10 den Eindruck, dass andere Personen mich beobachten oder über mich reden	5 (0,3%)	2,58 (1,5)	492 (30,8%)	362 (22,6%)	335 (21,0%)	194 (12,1%)	163 (10,2%)	53 (3,3%)	0,61	,660	32
11 Herzrasen oder unruhigen Herzschlag	3 (0,2%)	2,67 (1,4)	434 (27,1%)	342 (21,4%)	374 (23,4%)	250 (15,6%)	173 (10,8%)	28 (1,7%)	0,40	,544	33
12 Unwohlsein und Sorgen bei Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln (z.B. Bus, Bahn)	5 (0,3%)	1,92 (1,4)	963 (60,2%)	223 (13,9%)	171 (10,7%)	108 (6,8%)	82 (5,1%)	52 (3,3%)	1,45	,539	<b>18</b>
13 das Gefühl, nichts anpacken zu können	6 (0,4%)	3,08 (1,5)	326 (20,4%)	293 (18,3%)	335 (21,0%)	304 (19,0%)	251 (15,7%)	89 (5,6%)	0,17	,699	42
14 das Gefühl, dass andere Personen kein Verständnis zeigen	2 (0,1%)	2,76 (1,4)	353 (22,0%)	395 (24,7%)	381 (23,8%)	256 (16,0%)	186 (11,6%)	31 (1,9%)	0,37	,634	35

*Fortsetzung*



Item	Missing	M (SD)	1 = gar nicht	2 = selten	3 = ab und zu	4 = oft	5 = sehr oft	6 = immer	Schiefe	r <sub>i</sub>	P <sub>i</sub>
15 Verspannungen oder Verhärtungen der Muskeln (z.B. Muskelkater)	3 (0,2%)	2,94 (1,6)	409 (25,5%)	290 (18,1%)	311 (19,4%)	272 (17,0%)	216 (13,5%)	103 (6,4%)	0,31	,497	39
16 Panikattacken	4 (0,2%)	2,26 (1,4)	690 (43,1%)	303 (18,9%)	293 (18,3%)	151 (9,4%)	139 (8,7%)	24 (1,5%)	0,84	,616	25
17 ein Gefühl der Einsamkeit, selbst in der Gegenwart von anderen Menschen	11 (0,7%)	3,11 (1,6)	349 (21,9%)	259 (16,3%)	338 (21,2%)	263 (16,5%)	286 (18,0%)	98 (6,2%)	0,14	,650	42
18 die geringe Wertschätzung meiner Leistungen durch andere	10 (0,6%)	2,53 (1,4)	513 (32,2%)	368 (23,1%)	306 (19,2%)	212 (13,3%)	152 (9,5%)	43 (2,7%)	0,62	,678	31
19 Schmerzen in Herz oder Brust	7 (0,4%)	2,07 (1,3)	805 (50,4%)	275 (17,2%)	271 (17,0%)	128 (8,0%)	89 (5,6%)	29 (1,8%)	1,10	,525	21
20 die Befürchtung, in große Menschenmengen zu geraten (z.B. in einem Kaufhaus)	5 (0,3%)	2,11 (1,5)	856 (53,5%)	257 (16,1%)	173 (10,8%)	147 (9,2%)	106 (6,6%)	60 (3,8%)	1,17	,625	22
21 Schwierigkeiten mich zu konzentrieren	4 (0,2%)	3,48 (1,4)	161 (10,1%)	265 (16,6%)	380 (23,8%)	342 (21,4%)	346 (21,6%)	106 (6,6%)	-0,08	,669	50
22 Misstrauen gegenüber anderen Personen	1 (0,1%)	2,91 (1,5)	359 (22,4%)	331 (20,6%)	386 (24,1%)	239 (14,9%)	202 (12,6%)	86 (5,4%)	0,37	,630	38
23 Schwindelanfälle oder das Gefühl, ohnmächtig zu werden	4 (0,2%)	2,13 (1,3)	749 (46,8%)	307 (19,2%)	270 (16,9%)	154 (9,6%)	99 (6,2%)	21 (1,3%)	0,97	,567	23
24 die Vermeidung angstauslösender Situationen	13 (0,8%)	2,61 (1,5)	527 (33,1%)	298 (18,7%)	325 (20,4%)	211 (13,3%)	163 (10,2%)	67 (4,2%)	0,57	,667	32
25 das Gefühl, dass alles mühsam ist	6 (0,4%)	3,33 (1,5)	232 (14,5%)	267 (16,7%)	346 (21,7%)	351 (22,0%)	299 (18,7%)	103 (6,4%)	-0,02	,714	47
26 das Gefühl, dass andere Personen mich ausbeuten würden, wenn ich es gestatte	6 (0,4%)	2,39 (1,5)	666 (41,7%)	280 (17,5%)	269 (16,8%)	179 (11,2%)	149 (9,3%)	55 (3,4%)	0,77	,586	28
27 Brechreiz oder Magenbeschwerden	2 (0,1%)	2,07 (1,4)	820 (51,2%)	276 (17,2%)	231 (14,4%)	154 (9,6%)	92 (5,7%)	29 (1,8%)	1,09	,496	21
28 generelle Ängstlichkeit oder Furcht	4 (0,2%)	2,82 (1,6)	463 (28,9%)	285 (17,8%)	315 (19,7%)	241 (15,1%)	202 (12,6%)	94 (5,9%)	0,40	,670	36
29 Interessenlosigkeit	3 (0,2%)	3,11 (1,5)	290 (18,1%)	316 (19,7%)	355 (22,2%)	299 (18,7%)	256 (16,0%)	85 (5,3%)	0,17	,652	42

Fortsetzung

Item	Missing	M (SD)	1 = gar nicht	2 = selten	3 = ab und zu	4 = oft	5 = sehr oft	6 = immer	Schiefe	r <sub>i</sub>	P <sub>i</sub>
30 die Auffassung, dass andere Personen meine intimsten Gedanken kennen	13 (0,8%)	1,77 (1,2)	978 (61,5%)	286 (18,0%)	158 (9,9%)	83 (5,2%)	60 (3,8%)	26 (1,6%)	1,69	,495	<b>15</b>
31 Atemschwierigkeiten	6 (0,4%)	1,98 (1,2)	796 (49,8%)	340 (21,3%)	260 (16,3%)	116 (7,3%)	66 (4,1%)	20 (1,3%)	1,19	,483	20
32 die Befürchtung, in der Öffentlichkeit das Bewusstsein zu verlieren	8 (0,5%)	1,66 (1,2)	1.072 (67,2%)	230 (14,4%)	151 (9,5%)	66 (4,1%)	55 (3,4%)	22 (1,4%)	1,89	,480	<b>13</b>
33 Vorwürfe gegen mich selbst	7 (0,4%)	3,53 (1,6)	232 (14,5%)	207 (13,0%)	335 (21,0%)	304 (19,0%)	343 (21,5%)	176 (11,0%)	-0,13	,647	51
34 Anschauungen, mit denen ich alleine dastehe	13 (0,8%)	2,76 (1,5)	414 (26,0%)	335 (21,1%)	363 (22,8%)	226 (14,2%)	203 (12,8%)	50 (3,1%)	0,41	,619	35
35 einen veränderten Schlafrhythmus	7 (0,4%)	3,38 (1,6)	283 (17,7%)	214 (13,4%)	325 (20,4%)	329 (20,6%)	283 (17,7%)	163 (10,2%)	-0,03	,498	48
36 Verzweiflung, wenn ich an die Zukunft denke	5 (0,3%)	3,78 (1,6)	182 (11,4%)	196 (12,3%)	299 (18,7%)	297 (18,6%)	363 (22,7%)	262 (16,4%)	-0,26	,663	56
37 die Tendenz, gehäuft in Diskussionen und Streitgespräche zu geraten	8 (0,5%)	2,62 (1,5)	456 (28,6%)	415 (26,0%)	290 (18,2%)	201 (12,6%)	183 (11,5%)	51 (3,2%)	0,59	,542	32
38 Rückenschmerzen	5 (0,3%)	2,88 (1,7)	510 (31,9%)	236 (14,8%)	293 (18,3%)	205 (12,8%)	206 (12,9%)	149 (9,3%)	0,41	,444	38
39 Kraftlosigkeit sowohl im Denken als auch im Bewegen	11 (0,7%)	3,28 (1,5)	242 (15,2%)	293 (18,4%)	342 (21,5%)	308 (19,3%)	315 (19,8%)	93 (5,8%)	0,03	,722	46
40 die Angst, überführt zu werden	14 (0,9%)	1,91 (1,3)	919 (57,8%)	264 (16,6%)	192 (12,1%)	96 (6,0%)	89 (5,6%)	30 (1,9%)	1,41	,532	<b>18</b>
41 Sorgen um meinen körperlichen Zustand	2 (0,1%)	3,31 (1,5)	254 (15,9%)	251 (15,7%)	375 (23,4%)	327 (20,4%)	261 (16,3%)	134 (8,4%)	0,05	,466	46
42 Entscheidungsschwierigkeiten	7 (0,4%)	3,28 (1,5)	257 (16,1%)	267 (16,7%)	365 (22,9%)	301 (18,8%)	299 (18,7%)	108 (6,8%)	0,04	,671	46
43 den Gedanken, für meine Fehler bestraft zu werden	5 (0,3%)	2,67 (1,6)	535 (33,5%)	294 (18,4%)	289 (18,1%)	203 (12,7%)	193 (12,1%)	85 (5,3%)	0,54	,574	33
44 Kopfweg	7 (0,4%)	2,57 (1,5)	508 (31,8%)	344 (21,5%)	328 (20,5%)	210 (13,1%)	154 (9,6%)	53 (3,3%)	0,60	,495	31

Anmerkungen. Hervorgehoben sind jeweils Trennschärfen (r<sub>i</sub>) von <,30 und ein Schwierigkeitsindex (P<sub>i</sub>) von <20 bzw. >80

Tabelle A-60

## Itemanalyse FEB Allgemeine Psychiatrie (n=762)

Item	Missing	M (SD)	1 = gar nicht	2 = selten	3 = ab und zu	4 = oft	5 = sehr oft	6 = immer	Schiefe	r <sub>i</sub>	P <sub>i</sub>
1 Niedergeschlagenheit	5 (0,7%)	3,79 (1,3)	48 (6,3%)	81 (10,7%)	173 (22,9%)	192 (25,4%)	209 (27,6%)	54 (7,1%)	-0,36	,652	56
2 ein unangenehmes Gefühl, wenn ich beobachtet werde oder wenn über mich geredet wird	9 (1,2%)	2,80 (1,5)	199 (26,4%)	152 (20,2%)	164 (21,8%)	108 (14,3%)	100 (13,3%)	30 (4,0%)	0,40	,661	36
3 Kraftlosigkeit in den Gliedmaßen	1 (0,1%)	3,12 (1,5)	144 (18,9%)	122 (16,0%)	184 (24,2%)	159 (20,9%)	113 (14,8%)	39 (5,1%)	0,10	,630	42
4 Angstgefühle, wenn ich auf Plätzen oder Straßen unterwegs bin	2 (0,3%)	2,52 (1,6)	295 (38,8%)	124 (16,3%)	138 (18,2%)	87 (11,4%)	84 (11,1%)	32 (4,2%)	0,65	,661	30
5 ein Gefühl der Minderwertigkeit anderen gegenüber	2 (0,3%)	3,03 (1,6)	179 (23,6%)	122 (16,1%)	167 (22,0%)	130 (17,1%)	111 (14,6%)	51 (6,7%)	0,22	,722	41
6 den Eindruck, dass andere Personen mich nicht mögen	4 (0,5%)	2,60 (1,4)	226 (29,8%)	181 (23,9%)	142 (18,7%)	107 (14,1%)	84 (11,1%)	18 (2,4%)	0,54	,675	32
7 Arme und Beine, die sich anfühlen, als wären sie aus Blei	3 (0,4%)	2,82 (1,5)	212 (27,9%)	125 (16,5%)	168 (22,1%)	126 (16,6%)	97 (12,8%)	31 (4,1%)	0,33	,620	36
8 Angstgefühle, wenn ich alleine das Haus verlasse	4 (0,5%)	2,47 (1,6)	319 (42,1%)	118 (15,6%)	120 (15,8%)	90 (11,9%)	69 (9,1%)	42 (5,5%)	0,75	,640	29
9 das Gefühl, nichts wert zu sein	2 (0,3%)	3,18 (1,7)	186 (24,5%)	99 (13,0%)	143 (18,8%)	127 (16,7%)	134 (17,6%)	71 (9,3%)	0,11	,724	44
10 den Eindruck, dass andere Personen mich beobachten oder über mich reden	3 (0,4%)	2,64 (1,5)	239 (31,5%)	161 (21,2%)	140 (18,4%)	103 (13,6%)	84 (11,1%)	32 (4,2%)	0,56	,665	33
11 Herzrasen oder unruhigen Herzschlag	1 (0,1%)	2,88 (1,4)	168 (22,1%)	145 (19,1%)	194 (25,5%)	137 (18,0%)	102 (13,4%)	15 (2,0%)	0,21	,530	38
12 Unwohlsein und Sorgen bei Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln (z.B. Bus, Bahn)	3 (0,4%)	2,01 (1,5)	452 (59,6%)	90 (11,9%)	81 (10,7%)	58 (7,6%)	49 (6,5%)	29 (3,8%)	1,30	,554	20
13 das Gefühl, nichts anpacken zu können	3 (0,4%)	3,34 (1,5)	128 (16,9%)	115 (15,2%)	148 (19,5%)	159 (20,9%)	157 (20,7%)	52 (6,9%)	-0,07	,697	47
14 das Gefühl, dass andere Personen kein Verständnis zeigen	1 (0,1%)	2,88 (1,4)	167 (21,9%)	162 (21,3%)	172 (22,6%)	132 (17,3%)	111 (14,6%)	17 (2,2%)	0,24	,624	38

Fortsetzung

Item	Missing	M (SD)	1 = gar nicht	2 = selten	3 = ab und zu	4 = oft	5 = sehr oft	6 = immer	Schiefe	r <sub>i</sub>	P <sub>i</sub>
15 Verspannungen oder Verhärtungen der Muskeln (z.B. Muskelkater)	2 (0,3%)	3,01 (1,6)	196 (25,8%)	117 (15,4%)	144 (18,9%)	140 (18,4%)	112 (14,7%)	51 (6,7%)	0,21	,514	40
16 Panikattacken	2 (0,3%)	2,54 (1,5)	259 (34,1%)	151 (19,9%)	157 (20,7%)	83 (10,9%)	90 (11,8%)	20 (2,6%)	0,60	,600	31
17 ein Gefühl der Einsamkeit, selbst in der Gegenwart von anderen Menschen	6 (0,8%)	3,21 (1,6)	160 (21,2%)	114 (15,1%)	150 (19,8%)	128 (16,9%)	149 (19,7%)	55 (7,3%)	0,06	,660	44
18 die geringe Wertschätzung meiner Leistungen durch andere	7 (0,9%)	2,69 (1,5)	220 (29,1%)	167 (22,1%)	138 (18,3%)	115 (15,2%)	87 (11,5%)	28 (3,7%)	0,49	,688	34
19 Schmerzen in Herz oder Brust	5 (0,7%)	2,25 (1,4)	342 (45,2%)	123 (16,2%)	146 (19,3%)	71 (9,4%)	53 (7,0%)	22 (2,9%)	0,91	,539	25
20 die Befürchtung, in große Menschenmengen zu geraten (z.B. in einem Kaufhaus)	4 (0,5%)	2,28 (1,6)	372 (49,1%)	117 (15,4%)	91 (12,0%)	75 (9,9%)	68 (9,0%)	35 (4,6%)	0,95	,644	26
21 Schwierigkeiten mich zu konzentrieren	2 (0,3%)	3,63 (1,4)	74 (9,7%)	97 (12,8%)	174 (22,9%)	169 (22,2%)	183 (24,1%)	63 (8,3%)	-0,22	,664	53
22 Misstrauen gegenüber anderen Personen	0 (0%)	2,85 (1,5)	197 (25,9%)	154 (20,2%)	158 (20,7%)	109 (14,3%)	108 (14,2%)	36 (4,7%)	0,38	,655	37
23 Schwindelanfälle oder das Gefühl, ohnmächtig zu werden	2 (0,3%)	2,38 (1,4)	299 (39,3%)	143 (18,8%)	144 (18,9%)	90 (11,8%)	69 (9,1%)	15 (2,0%)	0,70	,552	28
24 die Vermeidung angstausslösender Situationen	6 (0,8%)	2,87 (1,5)	204 (27,0%)	128 (16,9%)	160 (21,2%)	132 (17,5%)	90 (11,9%)	42 (5,6%)	0,33	,670	37
25 das Gefühl, dass alles mühsam ist	2 (0,3%)	3,48 (1,5)	97 (12,8%)	116 (15,3%)	156 (20,5%)	164 (21,6%)	174 (22,9%)	53 (7,0%)	-0,15	,723	50
26 das Gefühl, dass andere Personen mich ausbeuten würden, wenn ich es gestatte	2 (0,3%)	2,42 (1,6)	330 (43,4%)	119 (15,7%)	114 (15,0%)	87 (11,4%)	77 (10,1%)	33 (4,3%)	0,76	,600	28
27 Brechreiz oder Magenbeschwerden	1 (0,1%)	2,19 (1,4)	365 (48,0%)	126 (16,6%)	118 (15,5%)	80 (10,5%)	58 (7,6%)	14 (1,8%)	0,93	,470	24
28 generelle Ängstlichkeit oder Furcht	2 (0,3%)	3,10 (1,6)	155 (20,4%)	145 (19,1%)	156 (20,5%)	132 (17,4%)	120 (15,8%)	52 (6,8%)	0,20	,667	42
29 Interessenlosigkeit	0 (0%)	3,28 (1,5)	127 (16,7%)	125 (16,4%)	168 (22,0%)	143 (18,8%)	147 (19,3%)	52 (6,8%)	0,03	,667	46

Fortsetzung

Item	Missing	M (SD)	1 = gar nicht	2 = selten	3 = ab und zu	4 = oft	5 = sehr oft	6 = immer	Schiefe	r <sub>i</sub>	P <sub>i</sub>
30 die Auffassung, dass andere Personen meine intimsten Gedanken kennen	6 (0,8%)	1,89 (1,3)	439 (58,1%)	140 (18,5%)	71 (9,4%)	50 (6,6%)	38 (5,0%)	18 (2,4%)	1,50	,522	<b>18</b>
31 Atemschwierigkeiten	2 (0,3%)	2,07 (1,3)	359 (47,2%)	161 (21,2%)	129 (17,0%)	61 (8,0%)	40 (5,3%)	10 (1,3%)	1,08	,527	21
32 die Befürchtung, in der Öffentlichkeit das Bewusstsein zu verlieren	3 (0,4%)	1,84 (1,3)	460 (60,6%)	119 (15,7%)	87 (11,5%)	42 (5,5%)	33 (4,3%)	18 (2,4%)	1,57	,499	<b>17</b>
33 Vorwürfe gegen mich selbst	2 (0,3%)	3,54 (1,6)	122 (16,1%)	98 (12,9%)	144 (18,9%)	136 (17,9%)	163 (21,4%)	97 (12,8%)	-0,13	,674	51
34 Anschauungen, mit denen ich alleine dastehe	5 (0,7%)	2,92 (1,5)	191 (25,2%)	125 (16,5%)	177 (23,4%)	120 (15,9%)	109 (14,4%)	35 (4,6%)	0,27	,634	38
35 einen veränderten Schlafrhythmus	5 (0,7%)	3,47 (1,6)	123 (16,2%)	100 (13,2%)	152 (20,1%)	146 (19,3%)	149 (19,7%)	87 (11,5%)	-0,08	,540	49
36 Verzweiflung, wenn ich an die Zukunft denke	2 (0,3%)	3,91 (1,6)	81 (10,7%)	90 (11,8%)	123 (16,2%)	129 (17,0%)	193 (25,4%)	144 (18,9%)	-0,37	,667	58
37 die Tendenz, gehäuft in Diskussionen und Streitgespräche zu geraten	4 (0,5%)	2,70 (1,5)	218 (28,8%)	174 (23,0%)	142 (18,7%)	96 (12,7%)	97 (12,8%)	31 (4,1%)	0,52	,574	34
38 Rückenschmerzen	3 (0,4%)	2,90 (1,7)	245 (32,2%)	104 (13,7%)	136 (17,9%)	104 (13,7%)	95 (12,5%)	75 (9,9%)	0,39	,445	38
39 Kraftlosigkeit sowohl im Denken als auch im Bewegen	6 (0,8%)	3,45 (1,5)	112 (14,8%)	116 (15,3%)	141 (18,7%)	150 (19,8%)	180 (23,8%)	57 (7,5%)	-0,14	,735	49
40 die Angst, überführt zu werden	8 (1,0%)	1,98 (1,4)	429 (56,9%)	114 (15,1%)	95 (12,6%)	45 (6,0%)	55 (7,3%)	16 (2,1%)	1,30	,556	20
41 Sorgen um meinen körperlichen Zustand	1 (0,1%)	3,48 (1,5)	105 (13,8%)	100 (13,1%)	172 (22,6%)	164 (21,6%)	148 (19,4%)	72 (9,5%)	-0,10	,489	50
42 Entscheidungsschwierigkeiten	3 (0,4%)	3,33 (1,5)	123 (16,2%)	119 (15,7%)	166 (21,9%)	136 (17,9%)	163 (21,5%)	52 (6,9%)	-0,03	,676	47
43 den Gedanken, für meine Fehler bestraft zu werden	3 (0,4%)	2,75 (1,6)	250 (32,9%)	129 (17,0%)	137 (18,1%)	92 (12,1%)	103 (13,6%)	48 (6,3%)	0,48	,619	35
44 Kopfweg	2 (0,3%)	2,68 (1,5)	226 (29,7%)	160 (21,1%)	154 (20,3%)	101 (13,3%)	90 (11,8%)	29 (3,8%)	0,51	,520	34

Anmerkungen. Hervorgehoben sind jeweils Trennschärfen (r<sub>i</sub>) von <,30 und ein Schwierigkeitsindex (P<sub>i</sub>) von <20 bzw. >80

Tabelle A-61

## Itemanalyse FEB Suchttherapie (n=424)

Item	Missing	M (SD)	1 = gar nicht	2 = selten	3 = ab und zu	4 = oft	5 = sehr oft	6 = immer	Schiefe	r <sub>i</sub>	P <sub>i</sub>
1 Niedergeschlagenheit	4 (0,9%)	2,97 (1,2)	57 (13,6%)	93 (22,1%)	130 (31,0%)	95 (22,6%)	36 (8,6%)	9 (2,1%)	0,17	,558	39
2 ein unangenehmes Gefühl, wenn ich beobachtet werde oder wenn über mich geredet wird	6 (1,4%)	2,26 (1,2)	147 (35,2%)	114 (27,3%)	90 (21,5%)	40 (9,6%)	22 (5,3%)	5 (1,2%)	0,83	,606	25
3 Kraftlosigkeit in den Gliedmaßen	6 (1,4%)	2,51 (1,3)	110 (26,3%)	112 (26,8%)	113 (27,0%)	50 (12,0%)	23 (5,5%)	10 (2,4%)	0,66	,515	30
4 Angstgefühle, wenn ich auf Plätzen oder Straßen unterwegs bin	4 (0,9%)	1,70 (1,1)	272 (64,8%)	62 (14,8%)	43 (10,2%)	28 (6,7%)	12 (2,9%)	3 (0,7%)	1,63	,578	<b>14</b>
5 ein Gefühl der Minderwertigkeit anderen gegenüber	4 (0,9%)	2,08 (1,2)	191 (45,5%)	88 (21,0%)	85 (20,2%)	31 (7,4%)	21 (5,0%)	4 (1,0%)	1,00	,651	22
6 den Eindruck, dass andere Personen mich nicht mögen	2 (0,5%)	2,00 (1,1)	182 (43,1%)	114 (27,0%)	87 (20,6%)	22 (5,2%)	15 (3,6%)	2 (0,5%)	1,04	,584	20
7 Arme und Beine, die sich anfühlen, als wären sie aus Blei	1 (0,2%)	2,23 (1,3)	162 (38,3%)	107 (25,3%)	88 (20,8%)	36 (8,5%)	20 (4,7%)	10 (2,4%)	0,97	,505	25
8 Angstgefühle, wenn ich alleine das Haus verlasse	4 (0,9%)	1,63 (1,1)	291 (69,3%)	50 (11,9%)	41 (9,8%)	22 (5,2%)	13 (3,1%)	3 (0,7%)	1,82	,554	<b>13</b>
9 das Gefühl, nichts wert zu sein	1 (0,2%)	2,29 (1,4)	179 (42,3%)	85 (20,1%)	75 (17,7%)	40 (9,5%)	31 (7,3%)	13 (3,1%)	0,92	,714	26
10 den Eindruck, dass andere Personen mich beobachten oder über mich reden	2 (0,5%)	2,13 (1,2)	168 (39,8%)	114 (27,0%)	85 (20,1%)	28 (6,6%)	25 (5,9%)	2 (0,5%)	0,95	,654	23
11 Herzrasen oder unruhigen Herzschlag	2 (0,5%)	2,18 (1,2)	161 (38,2%)	114 (27,0%)	83 (19,7%)	43 (10,2%)	18 (4,3%)	3 (0,7%)	0,84	,581	24
12 Unwohlsein und Sorgen bei Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln (z.B. Bus, Bahn)	2 (0,5%)	1,62 (1,1)	290 (68,7%)	53 (12,6%)	47 (11,1%)	19 (4,5%)	8 (1,9%)	5 (1,2%)	1,91	,525	<b>12</b>
13 das Gefühl, nichts anpacken zu können	3 (0,7%)	2,31 (1,2)	142 (33,7%)	112 (26,6%)	93 (22,1%)	48 (11,4%)	22 (5,2%)	4 (1,0%)	0,72	,652	26
14 das Gefühl, dass andere Personen kein Verständnis zeigen	1 (0,2%)	2,31 (1,2)	123 (29,1%)	134 (31,7%)	102 (24,1%)	41 (9,7%)	21 (5,0%)	2 (0,5%)	0,70	,617	26

Fortsetzung

Item	Missing	M (SD)	1 = gar nicht	2 = selten	3 = ab und zu	4 = oft	5 = sehr oft	6 = immer	Schiefe	r <sub>i</sub>	P <sub>i</sub>
15 Verspannungen oder Verhärtungen der Muskeln (z.B. Muskelkater)	1 (0,2%)	2,52 (1,4)	135 (31,9%)	91 (21,5%)	93 (22,0%)	59 (13,9%)	36 (8,5%)	9 (2,1%)	0,57	,462	30
16 Panikattacken	2 (0,5%)	1,70 (1,1)	262 (62,1%)	77 (18,2%)	46 (10,9%)	20 (4,7%)	17 (4,0%)	-	1,57	,636	<b>14</b>
17 ein Gefühl der Einsamkeit, selbst in der Gegenwart von anderen Menschen	5 (1,2%)	2,67 (1,5)	125 (29,8%)	81 (19,3%)	92 (22,0%)	66 (15,8%)	40 (9,5%)	15 (3,6%)	0,48	,644	33
18 die geringe Wertschätzung meiner Leistungen durch andere	3 (0,7%)	2,03 (1,2)	185 (43,9%)	105 (24,9%)	80 (19,0%)	36 (8,6%)	13 (3,1%)	2 (0,5%)	0,95	,677	21
19 Schmerzen in Herz oder Brust	1 (0,2%)	1,65 (1,0)	265 (62,6%)	77 (18,2%)	51 (12,1%)	22 (5,2%)	8 (1,9%)	-	1,5	,526	<b>13</b>
20 die Befürchtung, in große Menschenmengen zu geraten (z.B. in einem Kaufhaus)	1 (0,2%)	1,61 (1,1)	291 (68,8%)	57 (13,5%)	35 (8,3%)	29 (6,9%)	10 (2,4%)	1 (0,2%)	1,74	,596	<b>12</b>
21 Schwierigkeiten mich zu konzentrieren	2 (0,5%)	2,85 (1,3)	63 (14,9%)	121 (28,7%)	117 (27,7%)	66 (15,6%)	47 (11,1%)	8 (1,9%)	0,39	,632	37
22 Misstrauen gegenüber anderen Personen	1 (0,2%)	2,73 (1,4)	91 (21,5%)	106 (25,1%)	118 (27,9%)	58 (13,7%)	34 (8,0%)	16 (3,8%)	0,54	,619	35
23 Schwindelanfälle oder das Gefühl, ohnmächtig zu werden	1 (0,2%)	1,64 (1,0)	270 (63,8%)	75 (17,7%)	46 (10,9%)	25 (5,9%)	5 (1,2%)	2 (0,5%)	1,63	,555	<b>13</b>
24 die Vermeidung angstausslösender Situationen	5 (1,2%)	1,89 (1,1)	217 (51,8%)	92 (22,0%)	70 (16,7%)	25 (6,0%)	11 (2,6%)	4 (1,0%)	1,28	,636	<b>18</b>
25 das Gefühl, dass alles mühsam ist	1 (0,2%)	2,80 (1,4)	95 (22,5%)	95 (22,5%)	100 (23,6%)	80 (18,9%)	38 (9,0%)	15 (3,5%)	0,37	,679	36
26 das Gefühl, dass andere Personen mich ausbeuten würden, wenn ich es gestatte	2 (0,5%)	2,11 (1,3)	203 (48,1%)	74 (17,5%)	76 (18,0%)	39 (9,2%)	25 (5,9%)	5 (1,2%)	0,97	,545	22
27 Brechreiz oder Magenbeschwerden	0 (0%)	1,82 (1,2)	251 (59,2%)	70 (16,5%)	53 (12,5%)	32 (7,5%)	13 (3,1%)	5 (1,2%)	1,43	,542	<b>16</b>
28 generelle Ängstlichkeit oder Furcht	1 (0,2%)	2,06 (1,3)	210 (49,6%)	81 (19,1%)	68 (16,1%)	36 (8,5%)	17 (4,0%)	11 (2,6%)	1,18	,714	21
29 Interessenlosigkeit	2 (0,5%)	2,62 (1,3)	99 (23,5%)	118 (28,0%)	97 (23,0%)	64 (15,2%)	40 (9,5%)	4 (0,9%)	0,45	,562	32

Fortsetzung

Item	Missing	M (SD)	1 = gar nicht	2 = selten	3 = ab und zu	4 = oft	5 = sehr oft	6 = immer	Schiefe	r <sub>i</sub>	P <sub>i</sub>
30 die Auffassung, dass andere Personen meine intimsten Gedanken kennen	5 (1,2%)	1,55 (1,0)	285 (68,0%)	74 (17,7%)	39 (9,3%)	11 (2,6%)	5 (1,2%)	5 (1,2%)	2,21	,471	<b>11</b>
31 Atemschwierigkeiten	2 (0,5%)	1,81 (1,2)	237 (56,2%)	90 (21,3%)	59 (14,0%)	19 (4,5%)	10 (2,4%)	7 (1,7%)	1,60	,421	<b>16</b>
32 die Befürchtung, in der Öffentlichkeit das Bewusstsein zu verlieren	3 (0,7%)	1,39 (0,9)	333 (79,1%)	40 (9,5%)	29 (6,9%)	12 (2,9%)	6 (1,4%)	1 (0,2%)	2,52	,442	<b>8</b>
33 Vorwürfe gegen mich selbst	3 (0,7%)	3,25 (1,4)	66 (15,7%)	62 (14,7%)	109 (25,9%)	93 (22,1%)	67 (15,9%)	24 (5,7%)	0,02	,612	45
34 Anschauungen, mit denen ich alleine dastehe	4 (0,9%)	2,39 (1,3)	129 (30,7%)	120 (28,6%)	93 (22,1%)	41 (9,8%)	30 (7,1%)	7 (1,7%)	0,77	,635	28
35 einen veränderten Schlafrhythmus	1 (0,2%)	3,10 (1,4)	84 (19,9%)	59 (13,9%)	100 (23,6%)	110 (26,0%)	50 (11,8%)	20 (4,7%)	0,04	,473	42
36 Verzweiflung, wenn ich an die Zukunft denke	2 (0,5%)	3,35 (1,5)	55 (13,0%)	69 (16,4%)	109 (25,8%)	94 (22,3%)	54 (12,8%)	41 (9,7%)	0,11	,676	47
37 die Tendenz, gehäuft in Diskussionen und Streitgespräche zu geraten	2 (0,5%)	2,34 (1,3)	137 (32,5%)	123 (29,1%)	84 (19,9%)	42 (10,0%)	31 (7,3%)	5 (1,2%)	0,79	,554	27
38 Rückenschmerzen	1 (0,2%)	2,56 (1,6)	155 (36,6%)	76 (18,0%)	78 (18,4%)	50 (11,8%)	44 (10,4%)	20 (4,7%)	0,65	,385	31
39 Kraftlosigkeit sowohl im Denken als auch im Bewegen	3 (0,7%)	2,68 (1,3)	85 (20,2%)	121 (28,7%)	109 (25,9%)	63 (15,0%)	36 (8,6%)	7 (1,7%)	0,47	,646	34
40 die Angst, überführt zu werden	2 (0,5%)	1,73 (1,2)	266 (63,0%)	75 (17,8%)	39 (9,2%)	20 (4,7%)	17 (4,0%)	5 (1,2%)	1,75	,531	<b>15</b>
41 Sorgen um meinen körperlichen Zustand	0 (0%)	3,16 (1,4)	66 (15,6%)	76 (17,9%)	118 (27,8%)	84 (19,8%)	49 (11,6%)	31 (7,3%)	0,22	,457	43
42 Entscheidungsschwierigkeiten	3 (0,7%)	2,77 (1,4)	92 (21,9%)	99 (23,5%)	109 (25,9%)	66 (15,7%)	46 (10,9%)	9 (2,1%)	0,37	,656	35
43 den Gedanken, für meine Fehler bestraft zu werden	1 (0,2%)	2,43 (1,4)	150 (35,5%)	92 (21,7%)	86 (20,3%)	50 (11,8%)	33 (7,8%)	12 (2,8%)	0,72	,485	29
44 Kopfweg	4 (0,9%)	2,05 (1,2)	187 (44,5%)	95 (22,6%)	84 (20,0%)	41 (9,8%)	10 (2,4%)	3 (0,7%)	0,90	,429	21

Anmerkungen. Hervorgehoben sind jeweils Trennschärfen (r<sub>i</sub>) von <,30 und ein Schwierigkeitsindex (P<sub>i</sub>) von <20 bzw. >80



Tabelle A-62

## Itemanalyse FEB Psychosomatik/ Psychotherapie (n=418)

Item	Missing	M (SD)	1 = gar nicht	2 = selten	3 = ab und zu	4 = oft	5 = sehr oft	6 = immer	Schiefe	r <sub>i</sub>	P <sub>i</sub>
1 Niedergeschlagenheit	3 (0,7%)	3,70 (1,2)	17 (4,1%)	45 (10,8%)	124 (29,9%)	110 (26,5%)	98 (23,6%)	21 (5,1%)	-0,17	,657	54
2 ein unangenehmes Gefühl, wenn ich beobachtet werde oder wenn über mich geredet wird	0 (0%)	3,16 (1,5)	68 (16,3%)	83 (19,9%)	99 (23,7%)	76 (18,2%)	66 (15,8%)	26 (6,2%)	0,17	,616	43
3 Kraftlosigkeit in den Gliedmaßen	0 (0%)	3,01 (1,4)	72 (17,2%)	89 (21,3%)	110 (26,3%)	73 (17,5%)	57 (13,6%)	17 (4,1%)	0,25	,585	40
4 Angstgefühle, wenn ich auf Plätzen oder Straßen unterwegs bin	1 (0,2%)	2,41 (1,5)	162 (38,8%)	83 (19,9%)	75 (18,0%)	51 (12,2%)	26 (6,2%)	20 (4,8%)	0,82	,602	28
5 ein Gefühl der Minderwertigkeit anderen gegenüber	0 (0%)	3,26 (1,5)	72 (17,2%)	73 (17,5%)	86 (20,6%)	74 (17,7%)	86 (20,%)	27 (6,5%)	0,03	,669	45
6 den Eindruck, dass andere Personen mich nicht mögen	0 (0%)	2,92 (1,4)	81 (19,5%)	91 (21,8%)	108 (25,8%)	69 (16,5%)	55 (13,2%)	14 (3,3%)	0,29	,552	38
7 Arme und Beine, die sich anfühlen, als wären sie aus Blei	0 (0%)	2,60 (1,4)	135 (32,3%)	73 (17,5%)	100 (23,9%)	56 (13,4%)	44 (10,5%)	10 (2,4%)	0,49	,578	32
8 Angstgefühle, wenn ich alleine das Haus verlasse	0 (0%)	2,29 (1,5)	187 (44,7%)	69 (16,5%)	80 (19,1%)	32 (7,7%)	36 (8,6%)	14 (3,3%)	0,91	,571	26
9 das Gefühl, nichts wert zu sein	0 (0%)	3,41 (1,6)	75 (17,9%)	59 (14,1%)	67 (16,0%)	93 (22,2%)	84 (20,1%)	40 (9,6%)	-0,10	,673	48
10 den Eindruck, dass andere Personen mich beobachten oder über mich reden	0 (0%)	2,93 (1,4)	85 (20,3%)	87 (20,8%)	110 (26,3%)	63 (15,1%)	54 (12,9%)	19 (4,5%)	0,34	,606	39
11 Herzrasen oder unruhigen Herzschlag	0 (0%)	2,79 (1,4)	105 (25,1%)	83 (19,9%)	97 (23,2%)	70 (16,7%)	53 (12,7%)	10 (2,4%)	0,31	,456	36
12 Unwohlsein und Sorgen bei Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln (z.B. Bus, Bahn)	0 (0%)	2,07 (1,5)	221 (52,9%)	80 (19,1%)	43 (10,3%)	31 (7,4%)	25 (6,0%)	18 (4,3%)	1,29	,484	21
13 das Gefühl, nichts anpacken zu können	0 (0%)	3,39 (1,5)	56 (13,4%)	66 (15,8%)	94 (22,5%)	97 (23,2%)	72 (17,2%)	33 (7,9%)	-0,02	,630	48
14 das Gefühl, dass andere Personen kein Verständnis zeigen	0 (0%)	3,00 (1,3)	63 (15,1%)	99 (23,7%)	107 (25,6%)	83 (19,9%)	54 (12,9%)	12 (2,9%)	0,22	,588	40

Fortsetzung

Item	Missing	M (SD)	1 = gar nicht	2 = selten	3 = ab und zu	4 = oft	5 = sehr oft	6 = immer	Schiefe	r <sub>i</sub>	P <sub>i</sub>
15 Verspannungen oder Verhärtungen der Muskeln (z.B. Muskelkater)	0 (0%)	3,24 (1,6)	78 (18,7%)	82 (19,6%)	74 (17,7%)	73 (17,5%)	68 (16,3%)	43 (10,3%)	0,15	,425	45
16 Panikattacken	0 (0%)	2,31 (1,4)	169 (40,4%)	75 (17,9%)	90 (21,5%)	48 (11,5%)	32 (7,7%)	4 (1,0%)	0,69	,548	26
17 ein Gefühl der Einsamkeit, selbst in der Gegenwart von anderen Menschen	0 (0%)	3,37 (1,5)	64 (15,3%)	64 (15,3%)	96 (23,0%)	69 (16,5%)	97 (23,2%)	28 (6,7%)	-0,05	,588	47
18 die geringe Wertschätzung meiner Leistungen durch andere	0 (0%)	2,74 (1,5)	108 (25,8%)	96 (23,0%)	88 (21,1%)	61 (14,6%)	52 (12,4%)	13 (3,1%)	0,44	,594	35
19 Schmerzen in Herz oder Brust	1 (0,2%)	2,14 (1,4)	198 (47,5%)	75 (18,0%)	74 (17,7%)	35 (8,4%)	28 (6,7%)	7 (1,7%)	1,00	,412	23
20 die Befürchtung, in große Menschenmengen zu geraten (z.B. in einem Kaufhaus)	0 (0%)	2,29 (1,6)	193 (46,2%)	83 (19,9%)	47 (11,2%)	43 (10,3%)	28 (6,7%)	24 (5,7%)	1,02	,542	26
21 Schwierigkeiten mich zu konzentrieren	0 (0%)	3,83 (1,3)	24 (5,7%)	47 (11,2%)	89 (21,3%)	107 (25,6%)	116 (27,8%)	35 (8,4%)	-0,36	,607	57
22 Misstrauen gegenüber anderen Personen	0 (0%)	3,19 (1,5)	71 (17,0%)	71 (17,0%)	110 (26,3%)	72 (17,2%)	60 (14,4%)	34 (8,1%)	0,19	,627	44
23 Schwindelanfälle oder das Gefühl, ohnmächtig zu werden	1 (0,2%)	2,17 (1,3)	180 (43,2%)	89 (21,3%)	80 (19,2%)	39 (9,4%)	25 (6,0%)	4 (1,0%)	0,89	,515	23
24 die Vermeidung angstausslösender Situationen	2 (0,5%)	2,88 (1,5)	106 (25,5%)	78 (18,8%)	95 (22,8%)	54 (13,0%)	62 (14,9%)	21 (5,0%)	0,36	,579	38
25 das Gefühl, dass alles mühsam ist	3 (0,7%)	3,60 (1,4)	40 (9,6%)	56 (13,5%)	90 (21,7%)	107 (25,8%)	87 (21,0%)	35 (8,4%)	-0,19	,668	52
26 das Gefühl, dass andere Personen mich ausbeuten würden, wenn ich es gestatte	2 (0,5%)	2,63 (1,5)	133 (32,0%)	87 (20,9%)	79 (19,0%)	53 (12,7%)	47 (11,3%)	17 (4,1%)	0,57	,571	33
27 Brechreiz oder Magenbeschwerden	1 (0,2%)	2,10 (1,4)	204 (48,9%)	80 (19,2%)	60 (14,4%)	42 (10,1%)	21 (5,0%)	10 (2,4%)	1,10	,491	22
28 generelle Ängstlichkeit oder Furcht	1 (0,2%)	3,10 (1,6)	98 (23,5%)	59 (14,1%)	91 (21,8%)	73 (17,5%)	65 (15,6%)	31 (7,4%)	0,16	,546	42
29 Interessenlosigkeit	1 (0,2%)	3,28 (1,5)	64 (15,3%)	73 (17,5%)	90 (21,6%)	92 (22,1%)	69 (16,5%)	29 (7,0%)	0,04	,627	46

Fortsetzung

Item	Missing	M (SD)	1 = gar nicht	2 = selten	3 = ab und zu	4 = oft	5 = sehr oft	6 = immer	Schiefe	r <sub>i</sub>	P <sub>i</sub>
30 die Auffassung, dass andere Personen meine intimsten Gedanken kennen	2 (0,5%)	1,76 (1,2)	254 (61,1%)	72 (17,3%)	48 (11,5%)	22 (5,3%)	17 (4,1%)	3 (0,7%)	1,56	,430	<b>15</b>
31 Atemschwierigkeiten	2 (0,5%)	2,01 (1,2)	200 (48,1%)	89 (21,4%)	72 (17,3%)	36 (8,7%)	16 (3,8%)	3 (0,7%)	1,05	,441	20
32 die Befürchtung, in der Öffentlichkeit das Bewusstsein zu verlieren	2 (0,5%)	1,62 (1,1)	279 (67,1%)	71 (17,1%)	35 (8,4%)	12 (2,9%)	16 (3,8%)	3 (0,7%)	2,00	,413	<b>12</b>
33 Vorwürfe gegen mich selbst	2 (0,5%)	3,80 (1,5)	44 (10,6%)	47 (11,3%)	82 (19,7%)	75 (18,0%)	113 (27,2%)	55 (13,2%)	-0,33	,630	56
34 Anschauungen, mit denen ich alleine dastehe	4 (1,0%)	2,85 (1,4)	94 (22,7%)	90 (21,7%)	93 (22,5%)	65 (15,7%)	64 (15,5%)	8 (1,9%)	0,27	,535	37
35 einen veränderten Schlafrhythmus	1 (0,2%)	3,48 (1,7)	76 (18,2%)	55 (13,2%)	73 (17,5%)	73 (17,5%)	84 (20,1%)	56 (13,4%)	-0,08	,429	50
36 Verzweiflung, wenn ich an die Zukunft denke	1 (0,2%)	3,98 (1,6)	46 (11,0%)	37 (8,9%)	67 (16,1%)	74 (17,7%)	116 (27,8%)	77 (18,5%)	-0,48	,610	60
37 die Tendenz, gehäuft in Diskussionen und Streitgespräche zu geraten	2 (0,5%)	2,75 (1,5)	101 (24,3%)	118 (28,4%)	64 (15,4%)	63 (15,1%)	55 (13,2%)	15 (3,6%)	0,49	,449	35
38 Rückenschmerzen	1 (0,2%)	3,17 (1,7)	110 (26,4%)	56 (13,4%)	79 (18,9%)	51 (12,2%)	67 (16,1%)	54 (12,9%)	0,20	,456	43
39 Kraftlosigkeit sowohl im Denken als auch im Bewegen	2 (0,5%)	3,56 (1,4)	45 (10,8%)	56 (13,5%)	92 (22,1%)	95 (22,8%)	99 (23,8%)	29 (7,0%)	-0,22	,675	51
40 die Angst, überführt zu werden	4 (1,0%)	1,96 (1,3)	224 (54,1%)	75 (18,1%)	58 (14,0%)	31 (7,5%)	17 (4,1%)	9 (2,2%)	1,32	,480	<b>19</b>
41 Sorgen um meinen körperlichen Zustand	1 (0,2%)	3,14 (1,6)	83 (19,9%)	75 (18,0%)	85 (20,4%)	79 (18,9%)	64 (15,3%)	31 (7,4%)	0,16	,468	43
42 Entscheidungsschwierigkeiten	1 (0,2%)	3,69 (1,5)	42 (10,1%)	49 (11,8%)	90 (21,6%)	99 (23,7%)	90 (21,6%)	47 (11,3%)	-0,22	,614	54
43 den Gedanken, für meine Fehler bestraft zu werden	1 (0,2%)	2,78 (1,6)	135 (32,4%)	73 (17,5%)	66 (15,8%)	61 (14,6%)	57 (13,7%)	25 (6,0%)	0,44	,561	36
44 Kopfweg	1 (0,2%)	2,90 (1,5)	95 (22,8%)	89 (21,3%)	90 (21,6%)	68 (16,3%)	54 (12,9%)	21 (5,0%)	0,35	,381	38

Anmerkungen. Hervorgehoben sind jeweils Trennschärfen (r<sub>i</sub>) von <,30 und ein Schwierigkeitsindex (P<sub>i</sub>) von <20 bzw. >80

Tabelle A-63

*Itemanalyse FEB Normalbevölkerung (N=1.278)*

Item	Missing	M (SD)	1 = gar nicht	2 = selten	3 = ab und zu	4 = oft	5 = sehr oft	6 = immer	Schiefe	r <sub>i</sub>	P <sub>i</sub>
1 Niedergeschlagenheit	13 (1,0%)	2,17 (1,1)	425 (33,6%)	405 (31,0%)	279 (22,1%)	109 (8,6%)	43 (3,4%)	4 (0,3%)	0,78	,601	23
2 ein unangenehmes Gefühl, wenn ich beobachtet werde oder wenn über mich geredet wird	7 (0,5%)	1,95 (1,1)	541 (42,6%)	399 (31,4%)	233 (18,3%)	57 (4,5%)	29 (2,3%)	12 (0,9%)	1,23	,585	<b>19</b>
3 Kraftlosigkeit in den Gliedmaßen	7 (0,5%)	2,06 (1,1)	510 (40,1%)	362 (28,5%)	261 (20,5%)	93 (7,3%)	37 (2,9%)	8 (0,6%)	0,95	,525	21
4 Angstgefühle, wenn ich auf Plätzen oder Straßen unterwegs bin	2 (0,2%)	1,25 (0,7)	1077 (84,4%)	124 (9,7%)	43 (3,4%)	22 (1,7%)	8 (0,6%)	2 (0,2%)	3,37	,497	<b>5</b>
5 ein Gefühl der Minderwertigkeit anderen gegenüber	3 (0,2%)	1,65 (1,0)	770 (60,4%)	294 (23,1%)	135 (10,6%)	48 (3,8%)	18 (1,4%)	10 (0,8%)	1,79	,628	<b>13</b>
6 den Eindruck, dass andere Personen mich nicht mögen	2 (0,2%)	1,89 (1,0)	543 (42,6%)	438 (34,3%)	212 (16,6%)	55 (4,3%)	25 (2,0%)	3 (0,2%)	1,13	,573	<b>18</b>
7 Arme und Beine, die sich anfühlen, als wären sie aus Blei	6 (0,5%)	1,77 (1,1)	699 (55,0%)	294 (23,1%)	188 (14,8%)	61 (4,8%)	26 (2,0%)	4 (0,3%)	1,35	,485	<b>15</b>
8 Angstgefühle, wenn ich alleine das Haus verlasse	4 (0,3%)	1,19 (0,6)	1122 (88,1%)	98 (7,7%)	34 (2,7%)	10 (0,8%)	7 (0,5%)	3 (0,2%)	4,23	,452	<b>4</b>
9 das Gefühl, nichts wert zu sein	4 (0,3%)	1,45 (0,9)	930 (73,0%)	198 (15,5%)	94 (7,4%)	32 (2,5%)	13 (1,0%)	7 (0,5%)	0,88	,660	<b>9</b>
10 den Eindruck, dass andere Personen mich beobachten oder über mich reden	4 (0,3%)	1,79 (0,9)	604 (47,4%)	432 (33,9%)	160 (12,6%)	57 (4,5%)	18 (1,4%)	3 (0,2%)	1,30	,599	<b>16</b>
11 Herzrasen oder unruhigen Herzschlag	4 (0,3%)	1,67 (1,0)	782 (61,4%)	264 (20,7%)	131 (10,3%)	68 (5,3%)	22 (1,7%)	7 (0,5%)	1,66	,582	<b>13</b>
12 Unwohlsein und Sorgen bei Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln (z.B. Bus, Bahn)	5 (0,4%)	1,25 (0,7)	1078 (84,7%)	122 (9,6%)	44 (3,5%)	14 (1,1%)	10 (0,8%)	5 (0,4%)	3,67	,485	<b>5</b>
13 das Gefühl, nichts anpacken zu können	5 (0,4%)	1,56 (0,9)	805 (63,2%)	291 (22,9%)	134 (10,5%)	27 (2,1%)	13 (1,0%)	3 (0,2%)	1,78	,595	<b>11</b>
14 das Gefühl, dass andere Personen kein Verständnis zeigen	5 (0,4%)	1,90 (1,0)	536 (42,1%)	439 (34,5%)	221 (17,4%)	49 (3,8%)	27 (2,1%)	1 (0,1%)	1,07	,648	<b>18</b>

Fortsetzung

Item	Missing	M (SD)	1 = gar nicht	2 = selten	3 = ab und zu	4 = oft	5 = sehr oft	6 = immer	Schiefe	r <sub>i</sub>	P <sub>i</sub>
15 Verspannungen oder Verhärtungen der Muskeln (z.B. Muskelkater)	3 (0,2%)	2,50 (1,3)	383 (30,0%)	291 (22,8%)	332 (26,0%)	145 (11,4%)	96 (7,5%)	28 (2,2%)	0,62	,402	30
16 Panikattacken	7 (0,5%)	1,23 (0,7)	1091 (85,8%)	109 (8,6%)	42 (3,3%)	18 (1,4%)	11 (0,9%)	-	3,46	,575	5
17 ein Gefühl der Einsamkeit, selbst in der Gegenwart von anderen Menschen	3 (0,2%)	1,62 (1,0)	811 (63,6%)	248 (19,5%)	133 (10,4%)	56 (4,4%)	21 (1,6%)	6 (0,5%)	1,75	,640	12
18 die geringe Wertschätzung meiner Leistungen durch andere	2 (0,2%)	1,79 (1,0)	649 (50,9%)	360 (28,2%)	184 (14,4%)	53 (4,2%)	26 (2,0%)	4 (0,3%)	1,34	,598	16
19 Schmerzen in Herz oder Brust	5 (0,4%)	1,46 (0,9)	924 (72,6%)	182 (14,3%)	113 (8,9%)	35 (2,7%)	17 (1,3%)	2 (0,2%)	2,10	,538	9
20 die Befürchtung, in große Menschenmengen zu geraten (z.B. in einem Kaufhaus)	3 (0,2%)	1,23 (0,9)	1104 (86,6%)	100 (7,8%)	38 (3,0%)	20 (1,6%)	11 (0,9%)	2 (0,2%)	3,67	,476	5
21 Schwierigkeiten mich zu konzentrieren	8 (0,6%)	2,17 (1,0)	365 (28,7%)	492 (38,7%)	291 (22,9%)	87 (6,9%)	30 (2,4%)	5 (0,4%)	0,81	,558	23
22 Misstrauen gegenüber anderen Personen	8 (0,6%)	1,99 (1,1)	520 (40,9%)	393 (30,9%)	247 (19,4%)	76 (6,0%)	24 (1,9%)	10 (0,8%)	1,07	,567	20
23 Schwindelanfälle oder das Gefühl, ohnmächtig zu werden	7 (0,5%)	1,34 (0,8)	1004 (79,0%)	165 (13,0%)	58 (4,6%)	29 (2,3%)	11 (0,9%)	4 (0,3%)	2,85	,544	7
24 die Vermeidung angstausslösender Situationen	12 (0,9%)	1,42 (0,9)	939 (74,2%)	198 (15,6%)	71 (5,6%)	41 (3,2%)	10 (0,8%)	7 (0,6%)	2,49	,581	8
25 das Gefühl, dass alles mühsam ist	9 (0,7%)	1,94 (1,1)	519 (40,9%)	431 (34,0%)	238 (18,8%)	55 (4,3%)	25 (2,0%)	1 (0,1%)	5,05	,527	19
26 das Gefühl, dass andere Personen mich ausbeuten würden, wenn ich es gestatte	6 (0,5%)	1,76 (1,0)	684 (53,8%)	325 (25,6%)	186 (14,6%)	49 (3,9%)	17 (1,3%)	11 (0,9%)	1,51	,505	15
27 Brechreiz oder Magenbeschwerden	7 (0,5%)	1,49 (0,9)	916 (72,1%)	180 (14,2%)	109 (8,6%)	46 (3,6%)	14 (1,1%)	6 (0,5%)	2,13	,469	10
28 generelle Ängstlichkeit oder Furcht	9 (0,7%)	1,38 (0,8)	960 (75,7%)	202 (15,9%)	68 (5,4%)	21 (1,7%)	13 (1,0%)	5 (0,4%)	2,72	,629	8
29 Interessenlosigkeit	7 (0,5%)	1,65 (0,9)	713 (56,1%)	367 (28,9%)	136 (10,7%)	37 (2,9%)	16 (1,3%)	2 (0,2%)	1,55	,515	13

Fortsetzung

Item	Missing	M (SD)	1 = gar nicht	2 = selten	3 = ab und zu	4 = oft	5 = sehr oft	6 = immer	Schiefe	r <sub>i</sub>	P <sub>i</sub>
30 die Auffassung, dass andere Personen meine intimsten Gedanken kennen	7 (0,5%)	1,24 (0,6)	1047 (82,4%)	159 (12,5%)	52 (4,1%)	8 (0,6%)	3 (0,2%)	2 (0,2%)	3,16	,464	<b>5</b>
31 Atemschwierigkeiten	11 (0,9%)	1,36 (0,8)	983 (77,6%)	166 (13,1%)	81 (6,4%)	25 (2,0%)	8 (0,6%)	4 (0,3%)	2,62	,462	<b>7</b>
32 die Befürchtung, in der Öffentlichkeit das Bewusstsein zu verlieren	7 (0,5%)	1,16 (0,6)	1147 (90,2%)	77 (6,1%)	27 (2,1%)	10 (0,8%)	9 (0,7%)	1 (0,1%)	4,54	,458	<b>3</b>
33 Vorwürfe gegen mich selbst	10 (0,8%)	1,88 (1,1)	610 (48,1%)	358 (28,2%)	200 (15,8%)	62 (4,9%)	24 (1,9%)	14 (1,1%)	1,37	,663	<b>18</b>
34 Anschauungen, mit denen ich alleine dastehe	7 (0,5%)	1,92 (1,0)	548 (43,1%)	382 (30,1%)	265 (20,8%)	51 (4,0%)	21 (1,7%)	4 (0,3%)	1,00	,505	<b>18</b>
35 einen veränderten Schlafrhythmus	9 (0,7%)	2,12 (1,3)	553 (43,6%)	300 (23,6%)	223 (17,6%)	114 (9,0%)	56 (4,4%)	23 (1,8%)	1,04	,463	22
36 Verzweiflung, wenn ich an die Zukunft denke	11 (0,9%)	1,96 (1,1)	584 (46,1%)	332 (26,2%)	224 (17,7%)	77 (6,1%)	42 (3,3%)	8 (0,6%)	1,14	,608	<b>19</b>
37 die Tendenz, gehäuft in Diskussionen und Streitgespräche zu geraten	10 (0,8%)	1,78 (1,0)	626 (49,4%)	393 (31,0%)	183 (14,4%)	43 (3,4%)	17 (1,3%)	6 (0,5%)	1,37	,529	<b>16</b>
38 Rückenschmerzen	6 (0,5%)	2,42 (1,4)	459 (36,1%)	261 (20,5%)	285 (22,4%)	134 (10,5%)	90 (7,1%)	43 (3,4%)	0,76	,440	28
39 Kraftlosigkeit sowohl im Denken als auch im Bewegen	8 (0,6%)	1,83 (1,0)	602 (47,4%)	394 (31,0%)	196 (15,4%)	50 (3,9%)	24 (1,9%)	4 (0,3%)	1,26	,643	<b>17</b>
40 die Angst, überführt zu werden	12 (0,9%)	1,20 (0,6)	1090 (86,1%)	124 (9,8%)	35 (2,8%)	12 (0,9%)	3 (0,2%)	2 (0,2%)	3,77	,488	<b>4</b>
41 Sorgen um meinen körperlichen Zustand	7 (0,5%)	2,11 (1,2)	493 (38,8%)	358 (28,2%)	283 (22,3%)	72 (5,7%)	50 (3,9%)	15 (1,2%)	1,03	,579	22
42 Entscheidungsschwierigkeiten	7 (0,5%)	2,15 (1,1)	432 (34,0%)	419 (33,0%)	278 (21,9%)	96 (7,6%)	35 (2,8%)	11 (0,9%)	0,91	,596	23
43 den Gedanken, für meine Fehler bestraft zu werden	7 (0,5%)	1,51 (0,9)	865 (68,1%)	241 (19,0%)	113 (8,9%)	30 (2,4%)	16 (1,3%)	6 (0,5%)	2,11	,604	<b>10</b>
44 Kopfweg	5 (0,4%)	2,12 (1,2)	507 (39,8%)	336 (26,4%)	278 (21,8%)	84 (6,6%)	52 (4,1%)	16 (1,3%)	1,00	,446	22

Anmerkungen. Hervorgehoben sind jeweils Trennschärfen (r<sub>i</sub>) von <,30 und ein Schwierigkeitsindex (P<sub>i</sub>) von <20 bzw. >80

Tabelle A-64

*Itemanalyse FEB Studierende Retest nach 7 Tagen (n=171)*

Item	Missing	M (SD)	1 = gar nicht	2 = selten	3 = ab und zu	4 = oft	5 = sehr oft	6 = immer	Schiefe	r <sub>i</sub>	P <sub>i</sub>
1 Niedergeschlagenheit	6 (3,5%)	2,30 (1,0)	36 (21,8%)	65 (39,4%)	47 (28,5%)	13 (7,9%)	4 (2,4%)	-	0,53	,506	26
2 ein unangenehmes Gefühl, wenn ich beobachtet werde oder wenn über mich geredet wird	0 (0%)	1,81 (0,9)	78 (45,6%)	60 (35,1%)	26 (15,2%)	2 (1,2%)	5 (2,9%)	-	1,34	,620	<b>16</b>
3 Kraftlosigkeit in den Gliedmaßen	0 (0%)	1,97 (1,0)	68 (39,8%)	57 (33,3%)	33 (19,3%)	10 (5,8%)	2 (1,2%)	1 (0,6%)	1,02	,525	<b>19</b>
4 Angstgefühle, wenn ich auf Plätzen oder Straßen unterwegs bin	2 (1,2%)	1,18 (0,5)	147 (87,0%)	15 (8,9%)	6 (3,6%)	1 (0,6%)	-	-	3,12	,355	<b>4</b>
5 ein Gefühl der Minderwertigkeit anderen gegenüber	0 (0%)	1,75 (1,0)	87 (50,9%)	54 (31,6%)	21 (12,3%)	4 (2,3%)	5 (2,9%)	-	1,48	,668	<b>15</b>
6 den Eindruck, dass andere Personen mich nicht mögen	0 (0%)	1,94 (0,9)	61 (35,7%)	73 (42,7%)	27 (15,8%)	6 (3,5%)	4 (2,3%)	-	1,09	,472	<b>19</b>
7 Arme und Beine, die sich anfühlen, als wären sie aus Blei	0 (0%)	1,62 (1,0)	111 (64,9%)	30 (17,5%)	19 (11,1%)	7 (4,1%)	3 (1,8%)	1 (0,6%)	1,80	,526	<b>12</b>
8 Angstgefühle, wenn ich alleine das Haus verlasse	0 (0%)	1,16 (0,5)	150 (87,7%)	16 (9,4%)	4 (2,3%)	1 (0,6%)	-	-	3,37	<b>,268</b>	<b>3</b>
9 das Gefühl, nichts wert zu sein	1 (0,6%)	1,45 (0,8)	118 (69,4%)	35 (20,6%)	12 (7,1%)	3 (1,8%)	2 (1,2%)	-	2,11	,674	<b>9</b>
10 den Eindruck, dass andere Personen mich beobachten oder über mich reden	0 (0%)	1,73 (0,8)	81 (47,4%)	65 (38,0%)	20 (11,7%)	2 (1,2%)	2 (1,2%)	1 (0,6%)	1,63	,584	<b>15</b>
11 Herzrasen oder unruhigen Herzschlag	0 (0%)	1,54 (0,8)	110 (64,3%)	37 (21,6%)	19 (11,1%)	3 (1,8%)	2 (1,2%)	-	1,69	,589	<b>11</b>
12 Unwohlsein und Sorgen bei Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln (z.B. Bus, Bahn)	0 (0%)	1,14 (0,4)	151 (88,3%)	17 (9,9%)	2 (1,2%)	1 (0,6%)	-	-	3,63	,311	<b>3</b>
13 das Gefühl, nichts anpacken zu können	0 (0%)	1,91 (1,0)	74 (43,3%)	54 (31,6%)	31 (18,1%)	8 (4,7%)	4 (2,3%)	-	1,02	,654	<b>18</b>
14 das Gefühl, dass andere Personen kein Verständnis zeigen	2 (1,2%)	1,94 (0,9)	62 (36,7%)	67 (39,6%)	33 (19,5%)	2 (1,2%)	5 (3,0%)	-	1,09	,540	<b>19</b>

Fortsetzung

Item	Missing	M (SD)	1 = gar nicht	2 = selten	3 = ab und zu	4 = oft	5 = sehr oft	6 = immer	Schiefe	r <sub>i</sub>	P <sub>i</sub>
15 Verspannungen oder Verhärtungen der Muskeln (z.B. Muskelkater)	0 (0%)	2,25 (1,3)	61 (35,7%)	48 (28,1%)	37 (21,6%)	12 (7,0%)	10 (5,8%)	3 (1,8%)	0,96	,458	25
16 Panikattacken	3 (1,8%)	1,21 (0,6)	145 (86,3%)	16 (9,5%)	3 (1,8%)	3 (1,8%)	1 (0,6%)	-	3,70	,409	<b>4</b>
17 ein Gefühl der Einsamkeit, selbst in der Gegenwart von anderen Menschen	0 (0%)	1,74 (1,0)	95 (55,6%)	40 (23,4%)	25 (14,6%)	7 (4,1%)	4 (2,3%)	-	1,34	,660	<b>15</b>
18 die geringe Wertschätzung meiner Leistungen durch andere	0 (0%)	1,73 (0,9)	83 (48,5%)	59 (34,5%)	23 (13,5%)	4 (2,3%)	2 (1,2%)	-	1,21	,482	<b>15</b>
19 Schmerzen in Herz oder Brust	3 (1,8%)	1,32 (0,8)	138 (82,1%)	15 (8,9%)	10 (6,0%)	2 (1,2%)	3 (1,8%)	-	2,91	,553	<b>6</b>
20 die Befürchtung, in große Menschenmengen zu geraten (z.B. in einem Kaufhaus)	0 (0%)	1,14 (0,4)	152 (88,9%)	15 (8,8%)	3 (1,8%)	1 (0,6%)	-	-	3,67	<b>,287</b>	<b>3</b>
21 Schwierigkeiten mich zu konzentrieren	2 (1,2%)	2,59 (1,0)	29 (17,2%)	47 (27,8%)	62 (36,7%)	26 (15,4%)	5 (3,0%)	-	1,04	,597	32
22 Misstrauen gegenüber anderen Personen	0 (0%)	1,95 (1,0)	67 (39,2%)	63 (36,8%)	29 (17,0%)	8 (4,7%)	3 (1,8%)	1 (0,6%)	1,17	,587	<b>19</b>
23 Schwindelanfälle oder das Gefühl, ohnmächtig zu werden	0 (0%)	1,26 (0,7)	143 (83,6%)	17 (9,9%)	8 (4,7%)	1 (0,6%)	2 (1,2%)	-	3,26	,547	<b>5</b>
24 die Vermeidung angstausslösender Situationen	1 (0,6%)	1,50 (0,8)	112 (65,9%)	40 (23,5%)	11 (6,5%)	5 (2,9%)	2 (1,2%)	-	1,96	,573	<b>10</b>
25 das Gefühl, dass alles mühsam ist	1 (0,6%)	2,14 (1,1)	57 (33,5%)	62 (36,5%)	30 (17,6%)	13 (7,6%)	7 (4,1%)	1 (0,6%)	1,00	,640	23
26 das Gefühl, dass andere Personen mich ausbeuten würden, wenn ich es gestatte	0 (0%)	1,68 (1,0)	101 (59,1%)	37 (21,6%)	24 (14,0%)	6 (3,5%)	2 (1,2%)	1 (0,6%)	1,58	,584	<b>14</b>
27 Brechreiz oder Magenbeschwerden	1 (0,6%)	1,42 (0,8)	124 (72,9%)	26 (15,3%)	15 (8,8%)	5 (2,9%)	-	-	1,83	<b>,250</b>	<b>8</b>
28 generelle Ängstlichkeit oder Furcht	1 (0,6%)	1,42 (0,7)	120 (70,6%)	32 (18,8%)	15 (8,8%)	3 (1,8%)	-	-	1,69	,545	<b>8</b>
29 Interessenlosigkeit	2 (1,2%)	1,81 (1,0)	82 (48,5%)	49 (29,0%)	30 (17,8%)	4 (2,4%)	4 (2,4%)	-	1,18	,487	<b>16</b>

Fortsetzung



Item	Missing	M (SD)	1 = gar nicht	2 = selten	3 = ab und zu	4 = oft	5 = sehr oft	6 = immer	Schiefe	r <sub>i</sub>	P <sub>i</sub>
30 die Auffassung, dass andere Personen meine intimsten Gedanken kennen	0 (0%)	1,28 (0,6)	136 (79,5%)	24 (14,0%)	10 (5,8%)	-	1 (0,6%)	-	2,63	,519	<b>6</b>
31 Atemschwierigkeiten	2 (1,2%)	1,29 (0,7)	138 (81,7%)	19 (11,2%)	8 (4,7%)	2 (1,2%)	2 (1,2%)	-	3,01	,476	<b>6</b>
32 die Befürchtung, in der Öffentlichkeit das Bewusstsein zu verlieren	0 (0%)	1,11 (0,5)	159 (93,0%)	7 (4,1%)	4 (2,3%)	-	1 (0,6%)	-	5,33	,471	<b>2</b>
33 Vorwürfe gegen mich selbst	0 (0%)	2,19 (1,2)	61 (35,7%)	49 (28,7%)	36 (21,1%)	19 (11,1%)	4 (2,3%)	2 (1,2%)	0,83	,666	24
34 Anschauungen, mit denen ich alleine dastehe	1 (0,6%)	1,89 (1,0)	75 (44,1%)	50 (29,4%)	36 (21,2%)	7 (4,1%)	2 (1,2%)	-	0,84	,569	<b>18</b>
35 einen veränderten Schlafrhythmus	0 (0%)	2,08 (1,2)	73 (42,7%)	44 (25,7%)	30 (17,5%)	17 (9,9%)	6 (3,5%)	1 (0,6%)	0,94	,549	22
36 Verzweiflung, wenn ich an die Zukunft denke	2 (1,2%)	1,98 (1,0)	69 (40,8%)	54 (32,0%)	30 (17,8%)	13 (7,7%)	2 (1,2%)	1 (0,6%)	1,01	,673	20
37 die Tendenz, gehäuft in Diskussionen und Streitgespräche zu geraten	2 (1,2%)	1,68 (0,9)	87 (51,5%)	58 (34,3%)	17 (10,1%)	5 (3,0%)	2 (1,2%)	-	1,40	,438	<b>14</b>
38 Rückenschmerzen	1 (0,6%)	2,15 (1,3)	72 (42,4%)	39 (22,9%)	35 (20,6%)	14 (8,2%)	6 (3,5%)	4 (2,4%)	1,05	,472	23
39 Kraftlosigkeit sowohl im Denken als auch im Bewegen	1 (0,6%)	1,99 (1,1)	69 (40,6%)	58 (34,1%)	25 (14,7%)	11 (6,5%)	7 (4,1%)	-	1,09	,685	20
40 die Angst, überführt zu werden	1 (0,6%)	1,24 (0,6)	140 (82,4%)	23 (13,5%)	4 (2,4%)	3 (1,8%)	-	-	2,90	,504	<b>5</b>
41 Sorgen um meinen körperlichen Zustand	1 (0,6%)	2,03 (1,1)	69 (40,6%)	54 (31,8%)	31 (18,2%)	7 (4,1%)	7 (4,1%)	2 (1,2%)	1,25	,537	21
42 Entscheidungsschwierigkeiten	1 (0,6%)	2,36 (1,1)	42 (24,7%)	54 (31,8%)	52 (30,6%)	16 (9,4%)	5 (2,9%)	1 (0,6%)	0,56	,543	27
43 den Gedanken, für meine Fehler bestraft zu werden	1 (0,6%)	1,63 (0,9)	103 (60,6%)	39 (22,9%)	19 (11,2%)	7 (4,1%)	1 (0,6%)	1 (0,6%)	1,69	,671	<b>13</b>
44 Kopfweh	1 (0,6%)	2,13 (1,2)	70 (41,2%)	44 (25,9%)	30 (17,6%)	17 (10,0%)	8 (4,7%)	1 (0,6%)	0,91	,513	23

Anmerkungen. Hervorgehoben sind jeweils Trennschärfen (r<sub>i</sub>) von <,30 und ein Schwierigkeitsindex (P<sub>i</sub>) von <20 bzw. >80

Tabelle A-65

*Itemanalyse FEVE Patientenstichprobe (N=1.551)*

Item	Missing	M (SD)	1 = gar nicht	2 = selten	3 = ab und zu	4 = oft	5 = sehr oft	6 = immer	Schiefe	r <sub>i</sub>	P <sub>i</sub>
1 den Drang zu weinen	0 (0%)	3,05 (1,5)	322 (20,8%)	288 (18,6%)	340 (21,9%)	247 (15,9%)	295 (19,9%)	59 (3,8%)	0,15	,508	41
2 Unruhe und Stress	1 (0,1%)	3,75 (1,4)	109 (7,0%)	187 (12,1%)	343 (22,1%)	375 (24,2%)	417 (26,9%)	119 (7,7%)	-0,32	,633	55
3 das Bedürfnis, immer und immer wieder etwas zu überprüfen	1 (0,1%)	2,52 (1,4)	463 (29,9%)	419 (27,0%)	291 (18,8%)	197 (12,7%)	138 (8,9%)	42 (2,7%)	0,68	,526	30
4 den Wunsch, Gegenstände zu zerstören oder zu zünden	4 (0,3%)	1,53 (1,1)	1.149 (74,3%)	179 (11,6%)	91 (5,9%)	72 (4,7%)	43 (2,8%)	13 (0,8%)	2,21	,466	<b>11</b>
5 Unbehagen, wenn andere Personen über mich sprechen	4 (0,3%)	2,58 (1,4)	430 (27,8%)	399 (25,8%)	332 (21,5%)	216 (14,0%)	122 (7,9%)	48 (3,1%)	0,62	,632	32
6 Gedanken an Suizid	9 (0,6%)	1,85 (1,3)	938 (60,8%)	232 (15,0%)	170 (11,0%)	88 (5,7%)	94 (6,1%)	20 (1,3%)	1,47	,558	<b>17</b>
7 den Verlust der Kontrolle über die eigenen Gefühle	6 (0,4%)	2,76 (1,5)	411 (26,6%)	331 (21,4%)	326 (21,1%)	218 (14,1%)	219 (14,2%)	40 (2,6%)	0,39	,701	35
8 Erzittern	6 (0,4%)	2,28 (1,4)	634 (41,0%)	298 (19,3%)	308 (19,9%)	178 (11,5%)	103 (6,7%)	24 (1,6%)	0,77	,537	26
9 den Zwang, alles bedächtig langsam zu tun, um keine Fehler zu machen	9 (0,6%)	2,57 (1,4)	440 (28,5%)	388 (25,2%)	315 (20,4%)	225 (14,6%)	144 (9,3%)	30 (1,9%)	0,54	,511	31
10 den Wunsch, anderen Personen Schaden zuzufügen	4 (0,3%)	1,29 (0,7)	1.273 (82,3%)	164 (10,6%)	64 (4,1%)	27 (4,1%)	16 (1,0%)	3 (0,2%)	3,13	,337	<b>6</b>
11 Unbehagen, wenn andere Personen mich ansehen	4 (0,3%)	2,40 (1,3)	497 (32,1%)	421 (27,2%)	315 (20,4%)	178 (11,5%)	101 (6,5%)	35 (2,3%)	0,77	,630	28
12 Gedanken an den Tod und das Sterben	5 (0,3%)	2,32 (1,5)	661 (42,8%)	293 (19,0%)	267 (17,3%)	142 (9,2%)	135 (8,7%)	48 (3,1%)	0,88	,571	26
13 die Verwundbarkeit meiner Gefühle	3 (0,2%)	3,13 (1,4)	219 (14,1%)	327 (21,1%)	399 (25,8%)	296 (19,1%)	244 (15,8%)	63 (4,1%)	0,16	,677	43
14 ein Gefühl der Aufregung und Spannung	5 (0,3%)	3,51 (1,3)	129 (8,3%)	210 (13,6%)	436 (28,2%)	356 (23,0%)	339 (21,9%)	76 (4,9%)	-0,14	,630	50

Fortsetzung

Item	Missing	M (SD)	1 = gar nicht	2 = selten	3 = ab und zu	4 = oft	5 = sehr oft	6 = immer	Schiefe	r <sub>i</sub>	P <sub>i</sub>
15 Zwangshandlungen wie ständiges Zählen von Dingen oder ständiges Waschen	7 (0,5%)	1,58 (1,1)	1.088 (70,5%)	216 (14,0%)	114 (7,4%)	61 (4,0%)	52 (3,4%)	13 (0,8%)	2,06	,423	<b>12</b>
16 das Bedürfnis, Personen zu verletzen	5 (0,3%)	1,27 (0,8)	1.327 (85,9%)	111 (7,2%)	53 (3,4%)	27 (3,4%)	20 (1,3%)	7 (0,5%)	3,53	,322	<b>5</b>
17 das Gefühl, keine Nähe zu anderen Personen zu empfinden	6 (0,4%)	2,43 (1,4)	519 (33,6%)	382 (24,7%)	315 (20,4%)	167 (10,8%)	121 (7,8%)	41 (2,7%)	0,76	,582	29
18 ein ständiges Kummergefühl	6 (0,4%)	3,29 (1,5)	258 (16,7%)	269 (17,4%)	312 (20,2%)	289 (18,7%)	310 (20,1%)	107 (6,9%)	0,02	,676	46
19 den Eindruck, einen Kloß im Hals zu haben	6 (0,4%)	2,58 (1,4)	483 (31,3%)	333 (21,6%)	315 (20,4%)	219 (14,2%)	161 (10,4%)	34 (2,2%)	0,53	,613	32
20 Probleme mich zu konzentrieren, da ständig quälende Gedanken aufkommen	8 (0,5%)	3,44 (1,5)	191 (12,4%)	252 (16,3%)	352 (22,8%)	289 (18,7%)	348 (22,6%)	111 (7,2%)	-0,07	,722	49
21 den Drang, laut zu schreien	7 (0,5%)	2,11 (1,4)	777 (50,3%)	263 (17,0%)	236 (15,3%)	122 (7,9%)	112 (7,3%)	34 (2,2%)	1,08	,576	22
22 unangenehme Gefühle beim Essen in der Öffentlichkeit	7 (0,5%)	2,07 (1,4)	815 (52,8%)	263 (17,0%)	204 (13,2%)	116 (7,5%)	93 (6,0%)	53 (3,4%)	1,23	,569	21
23 Gedanken und Ideen, die mir nicht mehr aus dem Sinn gehen	7 (0,5%)	3,19 (1,5)	261 (16,9%)	283 (18,3%)	358 (23,2%)	270 (17,5%)	282 (18,3%)	90 (5,8%)	0,11	,597	44
24 ein Gefühl der ständigen Rastlosigkeit	7 (0,5%)	2,90 (1,5)	343 (22,2%)	327 (21,2%)	361 (23,4%)	243 (15,7%)	194 (12,6%)	76 (4,9%)	0,36	,644	38
25 einen enormen Zeitaufwand, Alltagshandlungen (z.B. Frühstück) durchzuführen	8 (0,5%)	2,35 (1,4)	578 (37,5%)	366 (23,7%)	275 (17,8%)	168 (10,9%)	117 (7,6%)	39 (2,5%)	0,82	,539	27
26 den Drang, mit Gegenständen zu werfen	6 (0,4%)	1,48 (1,0)	1.175 (76,1%)	173 (76,1%)	85 (5,5%)	63 (4,1%)	34 (2,2%)	15 (1,0%)	2,40	,454	<b>10</b>
27 Schüchternheit im Umgang mit Personen des anderen Geschlechts	11 (0,7%)	2,26 (1,4)	639 (41,5%)	324 (21,0%)	300 (19,5%)	128 (8,3%)	105 (6,8%)	44 (2,9%)	0,94	,459	25

Anmerkungen. Hervorgehoben sind jeweils Trennschärfen (r<sub>i</sub>) von <,30 und ein Schwierigkeitsindex (P<sub>i</sub>) von <20 bzw. >80

Tabelle A-66

*Itemanalyse FEVE Patienten Allgemeine Psychiatrie (n=736)*

Item	Missing	M (SD)	1 = gar nicht	2 = selten	3 = ab und zu	4 = oft	5 = sehr oft	6 = immer	Schiefe	r <sub>i</sub>	P <sub>i</sub>
1 den Drang zu weinen	0 (0%)	3,30 (1,5)	128 (17,4%)	123 (16,7%)	141 (19,2%)	129 (17,5%)	175 (23,8%)	40 (5,4%)	-0,05	,492	46
2 Unruhe und Stress	0 (0%)	3,94 (1,3)	37 (5,0%)	75 (10,2%)	153 (20,8%)	172 (23,4%)	228 (31,0%)	72 (9,6%)	-0,42	,633	59
3 das Bedürfnis, immer und immer wieder etwas zu überprüfen	0 (0%)	2,61 (1,5)	211 (28,7%)	191 (26,0%)	131 (17,8%)	102 (13,9%)	76 (10,3%)	25 (3,4%)	0,60	,526	32
4 den Wunsch, Gegenstände zu zerstören oder zu zünden	1 (0,1%)	1,48 (1,0)	555 (75,5%)	87 (11,8%)	40 (5,4%)	29 (3,9%)	19 (2,6%)	5 (0,7%)	2,36	,510	<b>10</b>
5 Unbehagen, wenn andere Personen über mich sprechen	0 (0%)	2,58 (1,4)	216 (29,3%)	178 (24,2%)	153 (20,8%)	97 (13,2%)	71 (9,6%)	21 (2,9%)	0,59	,637	32
6 Gedanken an Suizid	4 (0,5%)	2,02 (1,4)	407 (55,6%)	118 (16,1%)	82 (11,2%)	52 (7,1%)	60 (8,2%)	13 (1,8%)	1,22	,582	20
7 den Verlust der Kontrolle über die eigenen Gefühle	1 (0,1%)	2,94 (1,5)	166 (22,6%)	156 (21,2%)	148 (20,1%)	101 (13,7%)	143 (19,5%)	21 (2,9%)	0,23	,723	39
8 Erzittern	1 (0,1%)	2,43 (1,4)	262 (35,6%)	146 (19,9%)	157 (21,4%)	99 (13,5%)	59 (8,0%)	12 (1,6%)	0,61	,532	29
9 den Zwang, alles bedächtig langsam zu tun, um keine Fehler zu machen	1 (0,1%)	2,70 (1,4)	200 (27,2%)	165 (22,4%)	144 (19,6%)	125 (17,0%)	82 (11,2%)	19 (2,6%)	0,42	,530	34
10 den Wunsch, anderen Personen Schaden zuzufügen	0 (0%)	1,27 (0,7)	614 (83,4%)	73 (9,9%)	28 (3,8%)	12 (1,6%)	8 (1,1%)	1 (0,1%)	3,24	,322	<b>5</b>
11 Unbehagen, wenn andere Personen mich ansehen	0 (0%)	2,39 (1,3)	239 (32,5%)	206 (28,0%)	139 (18,9%)	84 (11,4%)	53 (7,2%)	15 (2,0%)	0,78	,655	28
12 Gedanken an den Tod und das Sterben	0 (0%)	2,48 (1,5)	281 (38,2%)	146 (19,8%)	126 (17,1%)	72 (9,8%)	81 (11,0%)	30 (4,1%)	0,74	,566	30
13 die Verwundbarkeit meiner Gefühle	0 (0%)	3,20 (1,4)	103 (14,0%)	152 (20,7%)	176 (23,9%)	145 (19,7%)	120 (16,3%)	40 (5,4%)	0,13	,678	44
14 ein Gefühl der Aufregung und Spannung	1 (0,1%)	3,54 (1,3)	63 (8,6%)	93 (12,7%)	206 (28,0%)	165 (22,4%)	170 (23,1%)	38 (5,2%)	-0,18	,626	51

Fortsetzung

Item	Missing	M (SD)	1 = gar nicht	2 = selten	3 = ab und zu	4 = oft	5 = sehr oft	6 = immer	Schiefe	r <sub>i</sub>	P <sub>i</sub>
15 Zwangshandlungen wie ständiges Zählen von Dingen oder ständiges Waschen	2 (0,3%)	1,60 (1,1)	513 (69,9%)	106 (14,4%)	51 (6,9%)	29 (4,0%)	27 (3,7%)	8 (1,1%)	2,06	,463	<b>12</b>
16 das Bedürfnis, Personen zu verletzen	1 (0,1%)	1,27 (0,8)	628 (85,4%)	58 (7,9%)	23 (3,1%)	13 (1,8%)	11 (1,5%)	2 (0,3%)	3,47	,352	<b>5</b>
17 das Gefühl, keine Nähe zu anderen Personen zu empfinden	2 (0,3%)	2,46 (1,4)	249 (33,9%)	179 (24,4%)	137 (18,7%)	80 (10,9%)	68 (9,3%)	21 (2,9%)	0,74	,622	29
18 ein ständiges Kummergefühl	2 (0,3%)	3,43 (1,6)	113 (15,4%)	112 (15,3%)	142 (19,3%)	143 (19,5%)	161 (21,9%)	63 (8,6%)	-0,09	,660	49
19 den Eindruck, einen Kloß im Hals zu haben	2 (0,3%)	2,72 (1,5)	206 (28,1%)	144 (19,6%)	161 (21,9%)	110 (15,0%)	95 (12,9%)	18 (2,5%)	0,38	,594	34
20 Probleme mich zu konzentrieren, da ständig quälende Gedanken aufkommen	3 (0,4%)	3,59 (1,5)	77 (10,5%)	111 (15,1%)	159 (21,7%)	132 (18,0%)	194 (26,5%)	60 (8,2%)	-0,19	,705	52
21 den Drang, laut zu schreien	2 (0,3%)	2,12 (1,4)	376 (51,2%)	116 (15,8%)	107 (14,6%)	61 (8,3%)	58 (7,9%)	16 (2,2%)	1,06	,575	22
22 unangenehme Gefühle beim Essen in der Öffentlichkeit	3 (0,4%)	2,19 (1,5)	361 (49,2%)	132 (18,0%)	99 (13,5%)	56 (7,6%)	54 (7,4%)	31 (4,2%)	1,11	,584	24
23 Gedanken und Ideen, die mir nicht mehr aus dem Sinn gehen	2 (0,3%)	3,26 (1,5)	115 (15,7%)	144 (19,6%)	156 (21,3%)	129 (17,6%)	136 (18,5%)	54 (7,4%)	0,11	,592	45
24 ein Gefühl der ständigen Rastlosigkeit	2 (0,3%)	3,05 (1,5)	140 (19,1%)	155 (21,1%)	162 (22,1%)	126 (17,2%)	108 (14,7%)	43 (5,9%)	0,25	,613	41
25 einen enormen Zeitaufwand, Alltagshandlungen (z.B. Frühstück) durchzuführen	3 (0,4%)	2,45 (1,4)	258 (35,2%)	166 (22,6%)	136 (18,6%)	88 (12,0%)	64 (8,7%)	21 (2,9%)	0,72	,561	29
26 den Drang, mit Gegenständen zu werfen	2 (0,3%)	1,45 (1,0)	570 (77,7%)	78 (10,6%)	36 (4,9%)	26 (3,5%)	16 (2,2%)	8 (1,1%)	2,57	,482	<b>9</b>
27 Schüchternheit im Umgang mit Personen des anderen Geschlechts	4 (0,5%)	2,24 (1,4)	312 (42,6%)	152 (20,8%)	140 (19,1%)	59 (8,1%)	48 (6,6%)	21 (2,9%)	0,98	,474	25

Anmerkungen. Hervorgehoben sind jeweils Trennschärfen (r<sub>i</sub>) von <,30 und ein Schwierigkeitsindex (P<sub>i</sub>) von <20 bzw. >80

Tabelle A-67

*Itemanalyse FEVE Suchttherapie (n=406)*

Item	Missing	M (SD)	1 = gar nicht	2 = selten	3 = ab und zu	4 = oft	5 = sehr oft	6 = immer	Schiefe	r <sub>i</sub>	P <sub>i</sub>
1 den Drang zu weinen	0 (0%)	2,43 (1,3)	131 (32,3%)	95 (23,4%)	97 (23,9%)	45 (11,1%)	34 (8,4%)	4 (1,0%)	0,61	,546	29
2 Unruhe und Stress	1 (0,2%)	3,14 (1,3)	50 (12,3%)	78 (19,3%)	125 (30,9%)	83 (20,5%)	56 (13,8%)	13 (3,2%)	0,13	,650	43
3 das Bedürfnis, immer und immer wieder etwas zu überprüfen	1 (0,2%)	2,24 (1,2)	139 (34,3%)	118 (29,1%)	87 (21,5%)	40 (9,9%)	16 (4,0%)	5 (1,2%)	0,85	,577	25
4 den Wunsch, Gegenstände zu zerstören oder zu zünden	3 (0,7%)	1,53 (1,1)	297 (73,7%)	48 (11,9%)	24 (6,0%)	22 (5,5%)	9 (2,2%)	3 (0,7%)	2,15	,485	<b>11</b>
5 Unbehagen, wenn andere Personen über mich sprechen	4 (1,0%)	2,28 (1,2)	137 (34,1%)	108 (26,9%)	88 (21,9%)	47 (11,7%)	20 (5,0%)	2 (0,5%)	0,68	,643	26
6 Gedanken an Suizid	4 (1,0%)	1,49 (1,0)	302 (75,1%)	45 (11,2%)	28 (7,0%)	13 (3,2%)	13 (3,2%)	1 (0,2%)	2,24	,537	<b>10</b>
7 den Verlust der Kontrolle über die eigenen Gefühle	4 (1,0%)	2,26 (1,3)	148 (36,8%)	98 (24,4%)	89 (22,1%)	43 (10,7%)	19 (4,7%)	5 (1,2%)	0,78	,700	25
8 Erzittern	4 (1,0%)	1,95 (1,2)	209 (52,0%)	74 (18,4%)	69 (17,2%)	35 (8,7%)	11 (2,7%)	4 (1,0%)	1,13	,505	<b>19</b>
9 den Zwang, alles bedächtig langsam zu tun, um keine Fehler zu machen	8 (2,0%)	2,25 (1,2)	128 (32,2%)	122 (30,7%)	87 (21,9%)	43 (10,8%)	17 (4,3%)	1 (0,3%)	0,69	,523	25
10 den Wunsch, anderen Personen Schaden zuzufügen	4 (1,0%)	1,28 (0,7)	330 (82,1%)	41 (10,2%)	23 (5,7%)	6 (1,5%)	2 (0,5%)	-	2,74	,381	<b>6</b>
11 Unbehagen, wenn andere Personen mich ansehen	4 (1,0%)	2,02 (1,1)	172 (42,8%)	108 (26,9%)	77 (19,2%)	34 (8,5%)	10 (2,5%)	1 (0,2%)	0,90	,618	20
12 Gedanken an den Tod und das Sterben	5 (1,2%)	1,87 (1,2)	229 (57,1%)	64 (16,0%)	61 (15,2%)	28 (7,0%)	15 (3,7%)	4 (1,0%)	1,31	,600	<b>17</b>
13 die Verwundbarkeit meiner Gefühle	3 (0,7%)	2,68 (1,2)	76 (18,9%)	115 (28,5%)	116 (28,8%)	59 (14,6%)	33 (8,2%)	4 (1,0%)	0,42	,716	34
14 ein Gefühl der Aufregung und Spannung	4 (1,0%)	2,96 (1,2)	50 (12,4%)	91 (22,6%)	140 (34,8%)	74 (18,4%)	40 (10,0%)	7 (1,7%)	0,23	,653	39

Fortsetzung

Item	Missing	M (SD)	1 = gar nicht	2 = selten	3 = ab und zu	4 = oft	5 = sehr oft	6 = immer	Schiefe	r <sub>i</sub>	P <sub>i</sub>
15 Zwangshandlungen wie ständiges Zählen von Dingen oder ständiges Waschen	5 (1,2%)	1,47 (0,9)	291 (72,6%)	59 (14,7%)	31 (7,7%)	15 (3,7%)	4 (1,0%)	1 (0,2%)	2,13	,451	<b>9</b>
16 das Bedürfnis, Personen zu verletzen	4 (1,0%)	1,25 (0,7)	347 (86,3%)	24 (6,0%)	21 (5,2%)	7 (1,7%)	1 (0,2%)	2 (0,5%)	3,46	,317	<b>5</b>
17 das Gefühl, keine Nähe zu anderen Personen zu empfinden	4 (1,0%)	2,11 (1,1)	147 (36,6%)	123 (30,6%)	89 (22,1%)	30 (7,5%)	11 (2,7%)	2 (0,5%)	0,86	,445	22
18 ein ständiges Kummergefühl	4 (1,0%)	2,79 (1,5)	96 (23,9%)	95 (23,6%)	89 (22,1%)	54 (13,4%)	55 (13,7%)	13 (3,2%)	0,42	,664	36
19 den Eindruck, einen Kloß im Hals zu haben	4 (1,0%)	2,13 (1,2)	169 (42,0%)	100 (24,9%)	70 (17,4%)	42 (10,4%)	18 (4,5%)	3 (0,7%)	0,91	,663	23
20 Probleme mich zu konzentrieren, da ständig quälende Gedanken aufkommen	5 (1,2%)	2,87 (1,4)	78 (19,5%)	100 (24,9%)	96 (23,9%)	64 (16,0%)	51 (12,7%)	12 (3,0%)	0,36	,742	37
21 den Drang, laut zu schreien	5 (1,2%)	1,97 (1,3)	209 (52,1%)	83 (20,7%)	56 (14,0%)	23 (5,7%)	25 (6,2%)	5 (1,2%)	1,28	,582	<b>19</b>
22 unangenehme Gefühle beim Essen in der Öffentlichkeit	4 (1,0%)	1,65 (1,0)	261 (64,9%)	67 (16,7%)	43 (10,7%)	22 (5,5%)	7 (1,7%)	2 (0,5%)	1,70	,589	<b>13</b>
23 Gedanken und Ideen, die mir nicht mehr aus dem Sinn gehen	5 (1,2%)	2,92 (1,4)	83 (20,7%)	75 (18,7%)	111 (27,7%)	66 (16,5%)	56 (14,0%)	10 (2,5%)	0,22	,625	38
24 ein Gefühl der ständigen Rastlosigkeit	4 (1,0%)	2,38 (1,3)	139 (34,6%)	93 (23,1%)	88 (21,9%)	48 (11,9%)	28 (7,0%)	6 (1,5%)	0,68	,684	28
25 einen enormen Zeitaufwand, Alltagshandlungen (z.B. Frühstück) durchzuführen	4 (1,0%)	1,99 (1,2)	186 (46,3%)	104 (25,9%)	64 (15,9%)	29 (7,2%)	17 (4,2%)	2 (0,5%)	1,11	,494	20
26 den Drang, mit Gegenständen zu werfen	4 (1,0%)	1,44 (0,9)	306 (76,1%)	49 (12,2%)	22 (5,5%)	17 (4,2%)	8 (2,0%)	-	2,28	,457	<b>9</b>
27 Schüchternheit im Umgang mit Personen des anderen Geschlechts	6 (1,5%)	1,97 (1,2)	201 (50,3%)	81 (20,3%)	70 (17,5%)	31 (7,8%)	12 (3,0%)	5 (1,3%)	1,17	,468	<b>19</b>

Anmerkungen. Hervorgehoben sind jeweils Trennschärfen (r<sub>i</sub>) von <,30 und ein Schwierigkeitsindex (P<sub>i</sub>) von <20 bzw. >80

Tabelle A-68

*Itemanalyse FEVE Psychosomatik/ Psychotherapie (n=409)*

Item	Missing	M (SD)	1 = gar nicht	2 = selten	3 = ab und zu	4 = oft	5 = sehr oft	6 = immer	Schiefe	r <sub>i</sub>	P <sub>i</sub>
1 den Drang zu weinen	0 (0%)	3,23 (1,4)	63 (15,4%)	70 (17,1%)	102 (24,9%)	73 (17,8%)	86 (21,0%)	15 (3,7%)	-0,01	,399	45
2 Unruhe und Stress	0 (0%)	4,01 (1,3)	22 (5,4%)	34 (8,3%)	65 (15,9%)	120 (29,3%)	133 (32,5%)	35 (8,6%)	-0,63	,522	60
3 das Bedürfnis, immer und immer wieder etwas zu überprüfen	0 (0%)	2,63 (1,4)	113 (27,6%)	110 (26,9%)	73 (17,8%)	55 (13,4%)	46 (11,2%)	12 (2,9%)	0,58	,454	33
4 den Wunsch, Gegenstände zu zerstören oder zu zünden	0 (0%)	1,60 (1,2)	297 (72,6%)	44 (10,8%)	27 (6,6%)	21 (5,1%)	15 (3,7%)	5 (1,2%)	2,03	,440	<b>12</b>
5 Unbehagen, wenn andere Personen über mich sprechen	0 (0%)	2,86 (1,4)	77 (18,8%)	113 (27,6%)	91 (22,2%)	72 (17,6%)	31 (7,6%)	25 (6,1%)	0,52	,588	37
6 Gedanken an Suizid	1 (0,2%)	1,91 (1,3)	229 (56,1%)	69 (16,9%)	60 (14,7%)	23 (5,6%)	21 (5,1%)	6 (1,5%)	1,36	,474	<b>18</b>
7 den Verlust der Kontrolle über die eigenen Gefühle	1 (0,2%)	2,90 (1,5)	97 (23,8%)	77 (18,9%)	89 (21,8%)	74 (18,1%)	57 (14,0%)	14 (3,4%)	0,25	,610	38
8 Erzittern	1 (0,2%)	2,34 (1,4)	163 (40,0%)	78 (19,1%)	82 (20,1%)	44 (10,8%)	33 (8,1%)	8 (2,0%)	0,76	,532	27
9 den Zwang, alles bedächtig langsam zu tun, um keine Fehler zu machen	0 (0%)	2,64 (1,4)	112 (27,4%)	101 (24,7%)	84 (20,5%)	57 (13,9%)	45 (11,0%)	10 (2,4%)	0,52	,425	33
10 den Wunsch, anderen Personen Schaden zuzufügen	0 (0%)	1,34 (0,83)	329 (80,4%)	50 (12,2%)	13 (3,2%)	9 (2,2%)	6 (1,5%)	2 (0,5%)	3,12	,358	<b>7</b>
11 Unbehagen, wenn andere Personen mich ansehen	0 (0%)	2,79 (1,4)	86 (21,0%)	107 (26,2%)	99 (24,2%)	60 (14,7%)	38 (9,3%)	19 (4,6%)	0,52	,543	36
12 Gedanken an den Tod und das Sterben	0 (0%)	2,45 (1,5)	151 (36,9%)	83 (20,3%)	80 (19,6%)	42 (10,3%)	39 (9,5%)	14 (3,4%)	0,74	,496	29
13 die Verwundbarkeit meiner Gefühle	0 (0%)	3,47 (1,4)	40 (9,8%)	60 (14,7%)	107 (26,2%)	92 (22,5%)	91 (22,2%)	19 (4,6%)	-0,15	,580	49
14 ein Gefühl der Aufregung und Spannung	0 (0%)	4,00 (1,2)	16 (3,9%)	26 (6,4%)	90 (22,0%)	117 (28,6%)	129 (31,5%)	31 (7,6%)	-0,51	,524	60

Fortsetzung



Item	Missing	M (SD)	1 = gar nicht	2 = selten	3 = ab und zu	4 = oft	5 = sehr oft	6 = immer	Schiefe	r <sub>i</sub>	P <sub>i</sub>
15 Zwangshandlungen wie ständiges Zählen von Dingen oder ständiges Waschen	0 (0%)	1,66 (1,2)	284 (69,4%)	51 (12,5%)	32 (7,8%)	17 (4,2%)	21 (5,1%)	4 (1,0%)	1,88	,332	<b>13</b>
16 das Bedürfnis, Personen zu verletzen	0 (0%)	1,28 (0,9)	353 (86,3%)	29 (7,1%)	9 (2,2%)	7 (1,7%)	8 (2,0%)	3 (0,7%)	3,60	,305	<b>6</b>
17 das Gefühl, keine Nähe zu anderen Personen zu empfinden	0 (0%)	2,68 (1,5)	123 (30,1%)	80 (19,6%)	89 (21,8%)	57 (13,9%)	42 (10,3%)	18 (4,4%)	0,52	,564	34
18 ein ständiges Kummergefühl	0 (0%)	3,52 (1,5)	49 (12,0%)	62 (15,2%)	81 (19,8%)	92 (22,5%)	94 (23,0%)	31 (7,6%)	-0,17	,661	50
19 den Eindruck, einen Kloß im Hals zu haben	0 (0%)	2,75 (1,5)	108 (26,4%)	89 (21,8%)	84 (20,5%)	67 (16,4%)	48 (11,7%)	13 (3,2%)	0,41	,550	35
20 Probleme mich zu konzentrieren, da ständig quälende Gedanken aufkommen	0 (0%)	3,74 (1,4)	36 (8,8%)	41 (10,0%)	97 (23,7%)	93 (22,7%)	103 (25,2%)	39 (9,5%)	-0,30	,670	55
21 den Drang, laut zu schreien	0 (0%)	2,23 (1,5)	192 (46,9%)	64 (15,6%)	73 (17,8%)	38 (9,3%)	29 (7,1%)	13 (3,2%)	0,95	,592	25
22 unangenehme Gefühle beim Essen in der Öffentlichkeit	0 (0%)	2,30 (1,5)	193 (47,2%)	64 (15,6%)	62 (15,2%)	38 (9,3%)	32 (7,8%)	20 (4,9%)	0,95	,474	26
23 Gedanken und Ideen, die mir nicht mehr aus dem Sinn gehen	0 (0%)	3,35 (1,5)	63 (15,4%)	64 (15,6%)	91 (22,2%)	75 (18,3%)	90 (22,0%)	26 (6,4%)	-0,05	,565	47
24 ein Gefühl der ständigen Rastlosigkeit	1 (0,2%)	3,14 (1,5)	64 (15,7%)	79 (19,4%)	111 (27,2%)	69 (16,9%)	58 (14,2%)	27 (6,6%)	0,23	,600	43
25 einen enormen Zeitaufwand, Alltagshandlungen (z.B. Frühstück) durchzuführen	1 (0,2%)	2,53 (1,5)	134 (32,8%)	96 (23,5%)	75 (18,4%)	51 (12,5%)	36 (8,8%)	16 (3,9%)	0,70	,474	31
26 den Drang, mit Gegenständen zu werfen	0 (0%)	1,57 (1,1)	299 (73,1%)	46 (11,2%)	27 (6,6%)	20 (4,9%)	10 (2,4%)	7 (1,7%)	2,17	,433	<b>11</b>
27 Schüchternheit im Umgang mit Personen des anderen Geschlechts	1 (0,2%)	2,61 (1,5)	126 (30,9%)	91 (22,3%)	90 (22,1%)	38 (9,3%)	45 (11,0%)	18 (4,4%)	0,66	,371	32

Anmerkungen. Hervorgehoben sind jeweils Trennschärfen (r<sub>i</sub>) von <,30 und ein Schwierigkeitsindex (P<sub>i</sub>) von <20 bzw. >80

Tabelle A-69

*Itemanalyse FEVE Normalbevölkerung (N=1.278)*

Item	Missing	M (SD)	1 = gar nicht	2 = selten	3 = ab und zu	4 = oft	5 = sehr oft	6 = immer	Schiefe	r <sub>i</sub>	P <sub>i</sub>
1 den Drang zu weinen	7 (0,5%)	1,81 (1,1)	715 (56,3%)	266 (20,9%)	170 (13,4%)	65 (5,1%)	49 (3,9%)	6 (0,5%)	1,42	,557	<b>16</b>
2 Unruhe und Stress	7 (0,5%)	2,64 (1,3)	294 (23,1%)	332 (26,1%)	340 (26,8%)	163 (12,8%)	122 (9,6%)	20 (1,6%)	0,49	,543	33
3 das Bedürfnis, immer und immer wieder etwas zu überprüfen	9 (0,7%)	1,90 (1,2)	661 (52,1%)	281 (22,1%)	187 (14,7%)	84 (6,6%)	42 (3,3%)	14 (1,1%)	1,31	,515	<b>18</b>
4 den Wunsch, Gegenstände zu zerstören oder zu zünden	10 (0,8%)	1,30 (0,8)	1063 (83,8%)	109 (8,6%)	47 (3,7%)	27 (2,1%)	13 (1,0%)	9 (0,7%)	0,82	,519	<b>6</b>
5 Unbehagen, wenn andere Personen über mich sprechen	11 (0,9%)	1,72 (1,0)	678 (53,5%)	373 (29,4%)	148 (11,7%)	38 (3,0%)	20 (1,6%)	10 (0,8%)	1,68	,608	<b>14</b>
6 Gedanken an Suizid	7 (0,5%)	1,11 (0,5)	1190 (93,6%)	46 (3,6%)	23 (1,8%)	3 (0,2%)	4 (0,3%)	5 (0,4%)	6,18	,459	<b>2</b>
7 den Verlust der Kontrolle über die eigenen Gefühle	7 (0,5%)	1,50 (0,9)	886 (69,7%)	214 (16,8%)	118 (9,3%)	31 (2,4%)	14 (1,1%)	8 (0,6%)	2,17	,681	<b>10</b>
8 Erzittern	8 (0,6%)	1,20 (0,6)	1111 (87,5%)	95 (7,5%)	43 (3,4%)	14 (1,1%)	6 (0,5%)	1 (0,1%)	3,71	,562	<b>4</b>
9 den Zwang, alles bedächtig langsam zu tun, um keine Fehler zu machen	9 (0,7%)	1,51 (0,9)	841 (66,3%)	281 (22,1%)	96 (7,6%)	30 (2,4%)	16 (1,3%)	5 (0,4%)	2,12	,530	<b>10</b>
10 den Wunsch, anderen Personen Schaden zuzufügen	8 (0,6%)	1,21 (0,6)	1108 (87,2%)	90 (7,1%)	50 (3,9%)	12 (0,9%)	8 (0,6%)	2 (0,2%)	3,72	,465	<b>4</b>
11 Unbehagen, wenn andere Personen mich ansehen	8 (0,6%)	1,47 (0,9)	874 (68,8%)	262 (20,6%)	98 (7,7%)	21 (1,7%)	13 (1,0%)	2 (0,2%)	2,89	,607	<b>9</b>
12 Gedanken an den Tod und das Sterben	8 (0,6%)	1,51 (1,0)	915 (72,0%)	179 (14,1%)	106 (8,3%)	38 (3,0%)	23 (1,8%)	9 (0,7%)	2,23	,573	<b>10</b>
13 die Verwundbarkeit meiner Gefühle	11 (0,9%)	1,88 (1,1)	636 (50,2%)	325 (25,7%)	195 (15,4%)	59 (4,7%)	39 (3,1%)	13 (1,0%)	1,39	,702	<b>18</b>
14 ein Gefühl der Aufregung und Spannung	13 (1,0%)	2,29 (1,2)	399 (31,6%)	375 (29,6%)	305 (24,1%)	123 (9,7%)	49 (3,9%)	14 (1,1%)	1,01	,594	26

Fortsetzung

Item	Missing	M (SD)	1 = gar nicht	2 = selten	3 = ab und zu	4 = oft	5 = sehr oft	6 = immer	Schiefe	r <sub>i</sub>	P <sub>i</sub>
15 Zwangshandlungen wie ständiges Zählen von Dingen oder ständiges Waschen	8 (0,6%)	1,23 (0,7)	1103 (86,9%)	96 (7,6%)	42 (3,3%)	13 (1,0%)	9 (0,7%)	7 (0,6%)	3,99	,460	<b>5</b>
16 das Bedürfnis, Personen zu verletzen	8 (0,6%)	1,16 (0,6)	1146 (90,2%)	69 (5,4%)	41 (3,2%)	8 (0,6%)	3 (0,2%)	3 (0,2%)	4,47	,490	<b>3</b>
17 das Gefühl, keine Nähe zu anderen Personen zu empfinden	9 (0,7%)	1,46 (0,9)	906 (71,4%)	216 (17,0%)	100 (7,9%)	30 (2,4%)	12 (0,9%)	5 (0,4%)	2,25	,612	<b>9</b>
18 ein ständiges Kummergefühl	9 (0,7%)	1,67 (1,1)	797 (62,8%)	249 (19,6%)	125 (9,9%)	53 (4,2%)	30 (2,4%)	15 (1,2%)	1,86	,697	<b>13</b>
19 den Eindruck, einen Kloß im Hals zu haben	9 (0,7%)	1,46 (0,9)	903 (71,2%)	224 (17,7%)	87 (6,9%)	35 (2,8%)	16 (1,3%)	4 (0,3%)	2,26	,631	<b>9</b>
20 Probleme mich zu konzentrieren, da ständig quälende Gedanken aufkommen	8 (0,6%)	1,76 (1,1)	728 (57,3%)	289 (22,8%)	150 (11,8%)	53 (4,2%)	39 (3,1%)	11 (0,9%)	1,62	,738	<b>15</b>
21 den Drang, laut zu schreien	8 (0,6%)	1,58 (1,1)	860 (68,4%)	207 (16,3%)	110 (8,7%)	41 (3,2%)	27 (2,1%)	16 (1,3%)	2,14	,640	<b>12</b>
22 unangenehme Gefühle beim Essen in der Öffentlichkeit	7 (0,5%)	1,25 (0,7)	1087 (85,5%)	104 (8,2%)	48 (3,8%)	17 (1,3%)	6 (0,5%)	9 (0,7%)	3,78	,500	<b>5</b>
23 Gedanken und Ideen, die mir nicht mehr aus dem Sinn gehen	9 (0,7%)	2,25 (1,3)	477 (37,6%)	315 (24,8%)	274 (21,6%)	118 (9,3%)	54 (4,3%)	31 (2,4%)	0,93	,587	25
24 ein Gefühl der ständigen Rastlosigkeit	8 (0,6%)	1,72 (1,1)	748 (58,9%)	286 (22,5%)	126 (9,9%)	71 (5,6%)	30 (2,4%)	9 (0,7%)	1,64	,638	<b>14</b>
25 einen enormen Zeitaufwand, Alltagshandlungen (z.B. Frühstück) durchzuführen	11 (0,9%)	1,49 (0,9)	879 (69,4%)	238 (18,8%)	90 (7,1%)	42 (3,3%)	11 (0,9%)	7 (0,6%)	2,20	,450	<b>10</b>
26 den Drang, mit Gegenständen zu werfen	8 (0,6%)	1,25 (0,7)	1079 (85,0%)	110 (8,7%)	51 (4,0%)	14 (1,1%)	12 (0,9%)	4 (0,3%)	3,55	,510	<b>5</b>
27 Schüchternheit im Umgang mit Personen des anderen Geschlechts	7 (0,5%)	1,48 (0,9)	899 (70,7%)	215 (16,9%)	100 (7,9%)	40 (3,1%)	12 (0,9%)	5 (0,4%)	2,16	,511	<b>10</b>

Anmerkungen. Hervorgehoben sind jeweils Trennschärfen (r<sub>i</sub>) von <,30 und ein Schwierigkeitsindex (P<sub>i</sub>) von <20 bzw. >80

Tabelle A-70

*Retest-Messung FEVE Studierende Retest nach 7 Tagen (n=171)*

Item	Missing	M (SD)	1 = gar nicht	2 = selten	3 = ab und zu	4 = oft	5 = sehr oft	6 = immer	Schiefe	r <sub>i</sub>	P <sub>i</sub>
1 den Drang zu weinen	2 (1,2%)	1,95 (1,1)	78 (46,2%)	47 (27,8%)	25 (14,8%)	13 (7,7%)	6 (3,6%)	-	1,07	,611	<b>19</b>
2 Unruhe und Stress	2 (1,2%)	2,93 (1,3)	31 (18,3%)	30 (17,8%)	49 (29,0%)	39 (23,1%)	19 (11,2%)	1 (0,6%)	0,00	,476	39
3 das Bedürfnis, immer und immer wieder etwas zu überprüfen	2 (1,2%)	1,80 (1,1)	92 (54,4%)	38 (22,5%)	24 (14,2%)	11 (6,5%)	4 (2,4%)	-	1,23	,559	<b>16</b>
4 den Wunsch, Gegenstände zu zerstören oder zu zünden	2 (1,2%)	1,30 (0,7)	136 (80,5%)	18 (10,7%)	13 (7,7%)	2 (2,2%)	-	-	2,23	,453	<b>6</b>
5 Unbehagen, wenn andere Personen über mich sprechen	3 (1,8%)	1,70 (1,0)	92 (54,8%)	48 (28,6%)	20 (11,9%)	3 (1,8%)	4 (2,4%)	1 (0,6%)	1,74	,482	<b>14</b>
6 Gedanken an Suizid	2 (1,2%)	1,13 (0,6)	156 (92,3%)	8 (4,7%)	3 (1,8%)	1 (0,6%)	-	1 (0,6%)	5,87	,316	<b>3</b>
7 den Verlust der Kontrolle über die eigenen Gefühle	3 (1,8%)	1,60 (0,9)	104 (61,9%)	39 (23,2%)	16 (9,5%)	6 (3,6%)	3 (1,8%)	-	1,69	,648	<b>12</b>
8 Erzittern	2 (1,2%)	1,20 (0,5)	143 (4,6%)	19 (11,2%)	6 (3,6%)	1 (0,6%)	-	-	2,83	,524	<b>4</b>
9 den Zwang, alles bedächtig langsam zu tun, um keine Fehler zu machen	2 (1,2%)	1,42 (0,7)	118 (69,8%)	36 (21,3%)	11 (6,5%)	3 (1,8%)	1 (0,6%)	-	2,03	,527	<b>8</b>
10 den Wunsch, anderen Personen Schaden zuzufügen	2 (1,2%)	1,19 (0,51)	145 (85,8%)	17 (10,1%)	6 (3,6%)	1 (0,6%)	-	-	2,97	,441	<b>4</b>
11 Unbehagen, wenn andere Personen mich ansehen	2 (1,2%)	1,64 (1,0)	100 (59,2%)	41 (24,3%)	21 (12,4%)	3 (1,8%)	3 (1,8%)	1 (0,6%)	1,79	,582	<b>13</b>
12 Gedanken an den Tod und das Sterben	2 (1,2%)	1,51 (0,9)	114 (67,5%)	34 (20,1%)	11 (6,5%)	10 (5,9%)	-	-	1,71	,448	<b>10</b>
13 die Verwundbarkeit meiner Gefühle	2 (1,2%)	2,19 (1,1)	58 (34,3%)	52 (30,8%)	33 (19,5%)	21 (12,4%)	5 (3,0%)	-	0,65	,638	24
14 ein Gefühl der Aufregung und Spannung	2 (1,2%)	2,65 (1,1)	27 (16,0%)	49 (29,0%)	61 (36,1%)	21 (12,4%)	10 (5,9%)	1 (0,6%)	0,38	,535	33

*Fortsetzung*

Item	Missing	M (SD)	1 = gar nicht	2 = selten	3 = ab und zu	4 = oft	5 = sehr oft	6 = immer	Schiefe	r <sub>i</sub>	P <sub>i</sub>
15 Zwangshandlungen wie ständiges Zählen von Dingen oder ständiges Waschen	2 (1,2%)	1,16 (0,5)	150 (88,8%)	13 (7,7%)	5 (3,0%)	-	1 (0,6%)	-	4,17	,351	<b>3</b>
16 das Bedürfnis, Personen zu verletzen	2 (1,2%)	1,10 (0,4)	156 (92,3%)	9 (5,3%)	4 (2,4%)	-	-	-	3,94	,357	<b>2</b>
17 das Gefühl, keine Nähe zu anderen Personen zu empfinden	2 (1,2%)	1,66 (1,0)	101 (59,8%)	42 (24,9%)	14 (8,3%)	7 (4,1%)	5 (3,0%)	-	1,71	,535	<b>13</b>
18 ein ständiges Kummergefühl	3 (1,8%)	1,74 (1,0)	99 (58,9%)	31 (18,5%)	24 (14,3%)	11 (6,5%)	3 (1,8%)	-	1,28	,630	<b>15</b>
19 den Eindruck, einen Kloß im Hals zu haben	2 (1,2%)	1,47 (0,8)	120 (71,0%)	26 (15,4%)	16 (9,5%)	7 (4,1%)	-	-	1,71	,656	<b>9</b>
20 Probleme mich zu konzentrieren, da ständig quälende Gedanken aufkommen	2 (1,2%)	1,92 (1,0)	80 (47,3%)	39 (23,1%)	35 (20,7%)	14 (8,3%)	1 (0,6%)	-	0,76	,707	<b>18</b>
21 den Drang, laut zu schreien	2 (1,2%)	1,59 (0,9)	109 (64,5%)	34 (20,1%)	16 (9,5%)	7 (4,1%)	3 (1,8%)	-	1,72	,575	<b>12</b>
22 unangenehme Gefühle beim Essen in der Öffentlichkeit	2 (1,2%)	1,34 (0,8)	138 (81,7%)	15 (8,9%)	8 (4,7%)	5 (3,0%)	3 (1,8%)	-	2,75	,392	<b>7</b>
23 Gedanken und Ideen, die mir nicht mehr aus dem Sinn gehen	2 (1,2%)	2,17 (1,3)	73 (43,2%)	32 (18,9%)	41 (24,3%)	12 (7,1%)	8 (4,7%)	3 (1,8%)	0,95	,608	23
24 ein Gefühl der ständigen Rastlosigkeit	2 (1,2%)	1,83 (1,1)	94 (55,6%)	31 (18,3%)	29 (17,2%)	9 (5,3%)	5 (3,0%)	1 (0,6%)	1,30	,582	<b>17</b>
25 einen enormen Zeitaufwand, Alltagshandlungen (z.B. Frühstück) durchzuführen	3 (1,8%)	1,61 (1,2)	112 (66,7%)	34 (20,2%)	13 (7,7%)	4 (2,4%)	5 (3,0%)	-	3,84	,385	<b>11</b>
26 den Drang, mit Gegenständen zu werfen	2 (1,2%)	1,26 (0,6)	135 (79,9%)	24 (14,2%)	10 (5,9%)	-	-	-	2,07	,497	<b>5</b>
27 Schüchternheit im Umgang mit Personen des anderen Geschlechts	2 (1,2%)	1,79 (1,0)	88 (52,1%)	42 (24,9%)	27 (16,0%)	10 (5,9%)	2 (1,2%)	-	1,09	,404	<b>16</b>

Anmerkungen. Hervorgehoben sind jeweils Trennschärfen (r<sub>i</sub>) von <,30 und ein Schwierigkeitsindex (P<sub>i</sub>) von <20 bzw. >80

Tabelle A-71

*Itemanalyse FEIV Patientenstichprobe (N=1.561)*

Item	Missing	M (SD)	1 = gar nicht	2 = selten	3 = ab und zu	4 = oft	5 = sehr oft	6 = immer	Schiefe	r <sub>i</sub>	P <sub>i</sub>
1 Ich kann mit fremden Personen schnell Bekanntschaft machen	2 (0,1%)	3,27 (1,3)	113 (7,2%)	350 (22,5%)	452 (29,0%)	361 (23,2%)	212 (13,6%)	71 (4,6%)	0,20	,568	45
2 Ich lasse anderen Personen gegenüber zu viel durchgehen	0 (0%)	3,43 (1,2)	66 (4,2%)	261 (16,7%)	513 (32,9%)	425 (27,2%)	251 (16,1%)	45 (2,9%)	0,03	<b>,147</b>	49
3 Ich kann anderen Personen gegenüber hart sein, wenn nötig	0 (0%)	3,11 (1,3)	109 (7,0%)	465 (29,8%)	498 (31,9%)	225 (14,4%)	167 (10,7%)	97 (6,2%)	0,58	,320	42
4 Ich erfülle Pflichten regelmäßig	0 (0%)	4,53 (1,1)	15 (1,0%)	49 (3,1%)	223 (14,3%)	418 (26,8%)	519 (33,2%)	337 (21,6%)	-0,53	<b>,280</b>	71
5 Ich kann mich anderen Personen vertraut fühlen	1 (0,1%)	3,04 (1,2)	115 (7,4%)	412 (26,4%)	534 (34,2%)	332 (21,3%)	128 (8,2%)	39 (2,5%)	0,35	,451	41
6 Ich lasse mich von anderen Personen ausbeuten	1 (0,1%)	2,58 (1,3)	411 (26,3%)	393 (25,2%)	384 (24,6%)	213 (13,7%)	130 (8,3%)	29 (1,9%)	0,53	<b>,054</b>	32
7 Ich zeige anderen Personen, dass ich sauer bin	0 (0%)	3,18 (1,2)	63 (4,0%)	391 (25,0%)	596 (38,2%)	301 (19,3%)	133 (8,5%)	77 (4,9%)	0,57	,333	44
8 Ich helfe anderen Personen	0 (0%)	4,45 (1,1)	17 (1,1%)	39 (2,5%)	228 (14,6%)	493 (31,6%)	514 (32,9%)	270 (17,3%)	-0,46	,471	69
9 Gegenüber anderen Personen halte ich Abstand	1 (0,1%)	3,07 (1,1)	107 (6,9%)	352 (22,6%)	653 (41,9%)	249 (16,0%)	164 (10,5%)	35 (2,2%)	0,38	<b>-,250</b>	42
10 Ich glaube und vertraue anderen Personen zu schnell	1 (0,1%)	3,10 (1,3)	167 (10,7%)	397 (25,4%)	422 (27,1%)	318 (20,4%)	204 (13,1%)	52 (3,3%)	0,25	<b>,204</b>	42
11 Ich behalte andere Personen im Auge	2 (0,1%)	3,21 (1,3)	135 (8,7%)	319 (20,5%)	498 (31,9%)	374 (24,0%)	162 (10,4%)	71 (4,6%)	0,21	,306	44
12 Ich kann mich über das Glück anderer Personen begeistern	2 (0,1%)	3,79 (1,3)	59 (3,8%)	172 (11,0%)	415 (26,6%)	455 (29,2%)	306 (19,6%)	152 (9,7%)	-0,09	,429	56
13 Ich kann einer Personengruppe schnell beitreten	2 (0,1%)	3,47 (1,3)	76 (4,9%)	317 (20,3%)	412 (26,4%)	415 (26,6%)	225 (14,4%)	114 (7,3%)	0,14	,524	49
14 Meine eigenen Bedürfnisse vernachlässige ich oft	3 (0,2%)	3,66 (1,3)	75 (4,8%)	220 (14,1%)	441 (28,3%)	330 (21,2%)	401 (25,7%)	91 (5,8%)	-0,13	<b>,057</b>	53
15 Ich gerate oft mit anderen Personen aneinander	1 (0,1%)	2,59 (1,0)	147 (9,4%)	693 (44,4%)	480 (30,8%)	147 (9,4%)	80 (5,1%)	13 (0,8%)	0,83	<b>,149</b>	32
16 Ich kann anderen Personen eine Überraschung bereiten	1 (0,1%)	3,68 (1,2)	41 (2,6%)	180 (11,5%)	539 (34,6%)	393 (25,2%)	297 (19,0%)	110 (7,1%)	0,11	,537	54

Fortsetzung

Item	Missing	M (SD)	1 = gar nicht	2 = selten	3 = ab und zu	4 = oft	5 = sehr oft	6 = immer	Schiefe	r <sub>i</sub>	P <sub>i</sub>
17 Ich komme mit anderen Personen schnell klar	0 (0%)	3,58 (1,2)	38 (2,5%)	242 (16,0%)	421 (27,8%)	499 (33,0%)	235 (15,5%)	77 (5,1%)	0,04	,567	52
18 Ich kann „Nein“ sagen	0 (0%)	3,03 (1,4)	162 (10,4%)	539 (34,5%)	370 (23,7%)	202 (12,9%)	152 (9,7%)	136 (8,7%)	0,64	<b>,188</b>	41
19 Ich kann anderen Personen Grenzen setzen	0 (0%)	2,93 (1,2)	138 (8,8%)	456 (29,2%)	553 (35,4%)	254 (16,3%)	117 (7,5%)	43 (2,8%)	0,51	,381	39
20 Ich kann die Auffassung einer anderen Person nachvollziehen	3 (0,2%)	3,76 (1,0)	36 (2,3%)	106 (6,8%)	488 (31,3%)	563 (36,1%)	298 (19,1%)	67 (4,3%)	-0,12	,434	55
21 Ich kann anderen Personen meine Gefühle offen mitteilen	2 (0,1%)	2,97 (1,3)	155 (9,9%)	493 (31,6%)	439 (28,2%)	261 (16,7%)	145 (9,3%)	66 (4,2%)	0,53	,483	39
22 Ich bin sehr schnell ergriffen vom Leid anderer Personen	2 (0,1%)	3,70 (1,3)	68 (4,4%)	197 (12,6%)	410 (26,3%)	445 (28,5%)	331 (21,2%)	108 (6,9%)	-0,14	<b>,271</b>	54
23 Ich kann mich gegenüber anderen Personen durchsetzen	1 (0,1%)	3,26 (1,2)	85 (5,4%)	306 (19,6%)	571 (36,6%)	355 (22,8%)	196 (12,6%)	47 (3,0%)	0,21	,432	45
24 Ich erwarte, von anderen Personen ernstgenommen zu werden	0 (0%)	4,49 (1,2)	20 (1,3%)	52 (3,3%)	215 (13,8%)	493 (31,6%)	423 (27,1%)	358 (22,9%)	-0,46	,450	70
25 Ich kann mit anderen Personen Unternehmungen machen	0 (0%)	3,52 (1,2)	42 (2,7%)	258 (16,5%)	545 (34,9%)	366 (23,4%)	259 (16,6%)	91 (5,8%)	0,23	,533	50
26 Ich werde vor anderen Personen leicht rot	0 (0%)	2,55 (1,2)	327 (20,9%)	531 (34,0%)	391 (25,0%)	171 (11,0%)	118 (7,6%)	23 (1,5%)	0,67	<b>-,053</b>	31
27 Ich mische mich in die Angelegenheiten anderer Personen ein	1 (0,1%)	2,07 (0,9)	439 (28,1%)	718 (46,0%)	294 (18,8%)	75 (4,8%)	25 (1,6%)	9 (0,6%)	1,06	<b>,298</b>	22
28 Ich kann anderen Personen meine Zuwendung zeigen	2 (0,1%)	3,52 (1,3)	67 (4,3%)	280 (18,9%)	455 (29,2%)	394 (25,3%)	260 (16,7%)	103 (6,6%)	0,11	,538	50
29 Ich kann meine eigene Bedürfnisse für die einer anderen Person missachten	15 (1,0%)	3,16 (1,3)	180 (11,6%)	329 (21,3%)	464 (30,0%)	280 (18,1%)	228 (14,7%)	65 (4,2%)	0,21	<b>,291</b>	43
30 Ich kann anderen mitteilen, was ich wirklich will	2 (0,1%)	3,48 (1,2)	46 (3,0%)	325 (20,8%)	470 (30,1%)	382 (24,5%)	232 (14,9%)	104 (6,7%)	0,26	,468	50

Anmerkungen. Hervorgehoben sind jeweils Trennschärfen (r<sub>i</sub>) von <,30 und ein Schwierigkeitsindex (P<sub>i</sub>) von <20 bzw. >80

Tabelle A-72

## Itemanalyse FEIV Allgemeine Psychiatrie (n=743)

Item	Missing	M (SD)	1 = gar nicht	2 = selten	3 = ab und zu	4 = oft	5 = sehr oft	6 = immer	Schiefe	r <sub>i</sub>	P <sub>i</sub>
1 Ich kann mit fremden Personen schnell Bekannntschaft machen	0 (0%)	3,23 (1,3)	62 (8,3%)	161 (21,7%)	229 (30,8%)	163 (21,9%)	91 (12,2%)	37 (5,0%)	0,24	,577	45
2 Ich lasse anderen Personen gegenüber zu viel durchgehen	0 (0%)	3,43 (1,2)	29 (3,9%)	133 (17,9%)	244 (32,8%)	194 (26,1%)	115 (15,5%)	28 (3,8%)	0,12	<b>,162</b>	49
3 Ich kann anderen Personen gegenüber hart sein, wenn nötig	0 (0%)	3,04 (1,3)	56 (7,5%)	219 (29,5%)	252 (33,9%)	107 (14,4%)	73 (9,8%)	36 (4,8%)	0,59	,319	41
4 Ich erfülle Pflichten regelmäßig	0 (0%)	4,57 (1,1)	10 (1,3%)	24 (3,2%)	91 (12,2%)	201 (27,1%)	241 (32,4%)	176 (23,7%)	-0,64	,387	71
5 Ich kann mich anderen Personen vertraut fühlen	1 (0,1%)	3,06 (1,2)	57 (7,7%)	193 (26,0%)	252 (34,0%)	153 (20,6%)	60 (8,1%)	27 (3,6%)	0,41	,490	41
6 Ich lasse mich von anderen Personen ausbeuten	0 (0%)	2,58 (1,3)	195 (26,2%)	190 (25,6%)	184 (24,8%)	98 (13,2%)	57 (7,7%)	19 (2,6%)	0,59	<b>,043</b>	32
7 Ich zeige anderen Personen, dass ich sauer bin	0 (0%)	3,14 (1,2)	31 (4,2%)	198 (26,6%)	286 (38,5%)	128 (17,2%)	64 (8,6%)	36 (4,8%)	0,62	,313	43
8 Ich helfe anderen Personen	0 (0%)	4,44 (1,1)	9 (1,2%)	23 (3,1%)	108 (14,5%)	239 (32,2%)	218 (29,3%)	146 (19,7%)	-0,44	,465	69
9 Gegenüber anderen Personen halte ich Abstand	0 (0%)	3,07 (1,2)	60 (8,1%)	155 (20,9%)	314 (42,3%)	118 (15,9%)	76 (10,2%)	20 (2,7%)	0,36	<b>-,257</b>	41
10 Ich glaube und vertraue anderen Personen zu schnell	0 (0%)	3,13 (1,3)	66 (8,9%)	197 (26,5%)	204 (27,5%)	160 (21,5%)	86 (11,6%)	30 (4,0%)	0,30	<b>,188</b>	43
11 Ich behalte andere Personen im Auge	0 (0%)	3,11 (1,3)	74 (10,0%)	162 (21,8%)	251 (33,8%)	161 (21,7%)	54 (7,3%)	41 (5,5%)	0,36	,322	42
12 Ich kann mich über das Glück anderer Personen begeistern	1 (0,1%)	3,91 (1,3)	22 (3,0%)	78 (10,5%)	187 (25,2%)	208 (28,0%)	153 (20,6%)	94 (12,7%)	-0,11	,456	58
13 Ich kann einer Personengruppe schnell beitreten	1 (0,1%)	3,49 (1,3)	41 (5,5%)	141 (19,0%)	199 (26,8%)	198 (26,7%)	103 (13,9%)	60 (8,1%)	0,13	,554	50
14 Meine eigenen Bedürfnisse vernachlässige ich oft	2 (0,3%)	3,66 (1,3)	42 (5,7%)	104 (14,0%)	202 (27,3%)	155 (20,9%)	195 (26,3%)	43 (5,8%)	-0,17	<b>,025</b>	53
15 Ich gerate oft mit anderen Personen aneinander	1 (0,1%)	2,53 (1,0)	87 (11,7%)	327 (44,1%)	224 (30,2%)	64 (8,6%)	33 (4,4%)	7 (0,9%)	0,84	<b>,129</b>	45
16 Ich kann anderen Personen eine Überraschung bereiten	0 (0%)	3,72 (1,2)	21 (2,8%)	81 (10,9%)	251 (33,8%)	184 (24,8%)	147 (19,8%)	59 (7,9%)	0,07	,545	49

Fortsetzung



Item	Missing	M (SD)	1 = gar nicht	2 = selten	3 = ab und zu	4 = oft	5 = sehr oft	6 = immer	Schiefe	r <sub>i</sub>	P <sub>i</sub>
17 Ich komme mit anderen Personen schnell klar	0 (0%)	3,56 (1,2)	23 (3,1%)	121 (16,3%)	206 (27,7%)	246 (33,1%)	106 (14,3%)	41 (5,5%)	0,05	,575	51
18 Ich kann „Nein“ sagen	0 (0%)	2,95 (1,4)	84 (11,3%)	272 (36,6%)	172 (23,1%)	91 (12,2%)	59 (7,9%)	65 (8,7%)	0,74	<b>,239</b>	39
19 Ich kann anderen Personen Grenzen setzen	0 (0%)	2,88 (1,2)	74 (10,0%)	224 (30,1%)	252 (33,9%)	123 (16,6%)	53 (7,1%)	17 (2,3%)	0,49	,414	38
20 Ich kann die Auffassung einer anderen Person nachvollziehen	2 (0,3%)	3,73 (1,1)	17 (2,3%)	50 (6,7%)	254 (34,3%)	248 (33,5%)	136 (18,4%)	36 (4,9%)	-0,01	,465	55
21 Ich kann anderen Personen meine Gefühle offen mitteilen	0 (0%)	3,02 (1,3)	65 (8,7%)	227 (30,6%)	218 (29,3%)	129 (17,4%)	69 (9,3%)	35 (4,7%)	0,53	,501	40
22 Ich bin sehr schnell ergriffen vom Leid anderer Personen	2 (0,3%)	3,84 (1,2)	20 (2,7%)	85 (11,5%)	177 (23,9%)	233 (31,4%)	166 (22,4%)	60 (8,1%)	-0,17	<b>,296</b>	57
23 Ich kann mich gegenüber anderen Personen durchsetzen	0 (0%)	3,20 (1,1)	44 (5,9%)	151 (20,3%)	283 (38,1%)	163 (21,9%)	81 (10,9%)	21 (2,8%)	0,26	,455	44
24 Ich erwarte, von anderen Personen ernstgenommen zu werden	0 (0%)	4,43 (1,1)	11 (1,5%)	20 (2,7%)	111 (14,9%)	251 (33,8%)	191 (25,7%)	159 (21,4%)	-0,40	,455	69
25 Ich kann mit anderen Personen Unternehmungen machen	0 (0%)	3,51 (1,2)	20 (2,7%)	131 (17,6%)	269 (36,2%)	147 (19,8%)	126 (17,0%)	50 (6,7%)	0,30	,571	50
26 Ich werde vor anderen Personen leicht rot	0 (0%)	2,50 (1,2)	170 (22,9%)	245 (33,0%)	185 (24,9%)	83 (11,2%)	51 (6,9%)	9 (1,2%)	0,66	<b>-,093</b>	30
27 Ich mische mich in die Angelegenheiten anderer Personen ein	0 (0%)	2,01 (0,9)	225 (30,3%)	343 (46,2%)	136 (18,3%)	26 (3,5%)	8 (1,1%)	5 (0,7%)	1,14	<b>,295</b>	20
28 Ich kann anderen Personen meine Zuwendung zeigen	1 (0,1%)	3,57 (1,3)	35 (4,7%)	128 (17,3%)	198 (26,7%)	202 (27,2%)	116 (15,6%)	63 (8,5%)	0,08	,514	51
29 Ich kann meine eigene Bedürfnisse für die einer anderen Person missachten	10 (1,3%)	3,13 (1,4)	95 (13,0%)	153 (20,9%)	216 (29,5%)	138 (18,8%)	96 (13,1%)	35 (4,8%)	0,23	<b>,253</b>	43
30 Ich kann anderen mitteilen, was ich wirklich will	0 (0%)	3,46 (1,2)	21 (2,8%)	161 (21,7%)	214 (28,8%)	201 (27,1%)	95 (12,8%)	51 (6,9%)	0,28	,477	49

Anmerkungen. Hervorgehoben sind jeweils Trennschärfen (r<sub>i</sub>) von <,30 und ein Schwierigkeitsindex (P<sub>i</sub>) von <20 bzw. >80

Tabelle A-73

## Itemanalyse FEIV Suchttherapie (n=407)

Item	Missing	M (SD)	1 = gar nicht	2 = selten	3 = ab und zu	4 = oft	5 = sehr oft	6 = immer	Schiefe	r <sub>i</sub>	P <sub>i</sub>
1 Ich kann mit fremden Personen schnell Bekanntschaft machen	1 (0,2%)	3,58 (1,3)	16 (3,9%)	72 (17,7%)	109 (26,8%)	107 (26,4%)	74 (18,2%)	28 (6,9%)	0,05	,590	52
2 Ich lasse anderen Personen gegenüber zu viel durchgehen	0 (0%)	3,20 (1,1)	27 (6,6%)	80 (19,7%)	138 (33,9%)	115 (28,3%)	40 (9,8%)	7 (1,7%)	0,03	<b>,169</b>	44
3 Ich kann anderen Personen gegenüber hart sein, wenn nötig	0 (0%)	3,48 (1,4)	18 (4,4%)	85 (20,9%)	133 (32,7%)	69 (17,0%)	59 (14,5%)	43 (10,6%)	0,33	,382	50
4 Ich erfülle Pflichten regelmäßig	0 (0%)	4,36 (1,1)	2 (0,5%)	16 (3,9%)	78 (19,2%)	116 (28,5%)	129 (31,7%)	66 (16,2%)	-0,28	<b>,210</b>	67
5 Ich kann mich anderen Personen vertraut fühlen	0 (0%)	3,13 (1,1)	26 (6,4%)	2 (21,4%)	151 (37,1%)	101 (24,8%)	34 (8,4%)	8 (2,0%)	0,18	,459	38
6 Ich lasse mich von anderen Personen ausbeuten	1 (0,2%)	2,33 (1,2)	129 (31,8%)	117 (28,8%)	89 (21,9%)	43 (10,6%)	25 (6,2%)	3 (0,7%)	0,72	<b>,066</b>	27
7 Ich zeige anderen Personen, dass ich sauer bin	0 (0%)	3,34 (1,2)	18 (4,4%)	72 (17,7%)	155 (38,1%)	102 (25,1%)	35 (8,6%)	25 (6,1%)	0,37	,435	47
8 Ich helfe anderen Personen	0 (0%)	4,38 (1,0)	4 (1,0%)	8 (2,0%)	65 (16,0%)	137 (33,7%)	139 (34,2%)	54 (13,3%)	-0,40	,473	68
9 Gegenüber anderen Personen halte ich Abstand	1 (0,2%)	2,87 (1,0)	27 (6,7%)	123 (30,3%)	169 (41,6%)	56 (13,8%)	26 (6,4%)	5 (1,2%)	0,53	<b>-,230</b>	37
10 Ich glaube und vertraue anderen Personen zu schnell	0 (0%)	3,00 (1,3)	53 (13,0%)	105 (25,8%)	106 (26,0%)	84 (20,6%)	49 (12,0%)	10 (2,5%)	0,24	<b>,226</b>	40
11 Ich behalte andere Personen im Auge	0 (0%)	3,30 (1,2)	33 (8,1%)	74 (18,2%)	120 (29,5%)	112 (27,5%)	54 (13,3%)	14 (3,4%)	0,02	,353	46
12 Ich kann mich über das Glück anderer Personen begeistern	1 (0,2%)	3,71 (1,2)	18 (4,4%)	44 (10,8%)	116 (28,6%)	116 (28,6%)	84 (20,7%)	28 (6,9%)	-0,13	,455	54
13 Ich kann einer Personengruppe schnell beitreten	1 (0,2%)	3,80 (1,3)	9 (2,2%)	61 (15,0%)	91 (22,4%)	127 (31,3%)	78 (19,2%)	40 (9,9%)	-0,04	,507	56
14 Meine eigenen Bedürfnisse vernachlässige ich oft	1 (0,2%)	3,27 (1,2)	26 (6,4%)	84 (20,7%)	135 (33,3%)	87 (21,4%)	64 (15,8%)	10 (2,5%)	0,13	<b>,093</b>	45
15 Ich gerate oft mit anderen Personen aneinander	0 (0%)	2,56 (1,0)	40 (9,8%)	182 (44,7%)	126 (31,0%)	37 (9,1%)	21 (5,3%)	1 (0,2%)	0,75	<b>,155</b>	52
16 Ich kann anderen Personen eine Überraschung bereiten	1 (0,2%)	3,63 (1,2)	11 (2,7%)	50 (12,3%)	142 (35,0%)	105 (25,9%)	70 (17,2%)	28 (6,9%)	0,15	,579	44

Fortsetzung

Item	Missing	M (SD)	1 = gar nicht	2 = selten	3 = ab und zu	4 = oft	5 = sehr oft	6 = immer	Schiefe	r <sub>i</sub>	P <sub>i</sub>
17 Ich komme mit anderen Personen schnell klar	0 (0%)	3,75 (1,2)	5 (1,2%)	60 (14,7%)	96 (23,6%)	148 (36,4%)	68 (16,7%)	30 (7,4%)	0,03	,561	55
18 Ich kann „Nein“ sagen	0 (0%)	3,45 (1,4)	24 (5,9%)	101 (24,8%)	105 (25,8%)	70 (17,2%)	60 (14,7%)	47 (11,5%)	0,29	<b>,157</b>	49
19 Ich kann anderen Personen Grenzen setzen	0 (0%)	3,26 (1,2)	25 (6,1%)	73 (17,9%)	153 (37,6%)	98 (24,1%)	45 (11,1%)	13 (3,2%)	0,18	,420	45
20 Ich kann die Auffassung einer anderen Person nachvollziehen	1 (0,2%)	3,74 (1,1)	9 (2,2%)	33 (8,1%)	121 (29,8%)	148 (36,5%)	80 (19,7%)	15 (3,7%)	-0,17	,491	55
21 Ich kann anderen Personen meine Gefühle offen mitteilen	2 (0,5%)	3,18 (1,3)	38 (9,4%)	106 (26,2%)	104 (25,7%)	83 (20,5%)	52 (12,8%)	22 (5,4%)	0,30	,491	44
22 Ich bin sehr schnell ergriffen vom Leid anderer Personen	0 (0%)	3,30 (1,2)	31 (7,6%)	69 (17,0%)	136 (33,4%)	99 (24,3%)	61 (15,0%)	11 (2,7%)	0,02	<b>,297</b>	46
23 Ich kann mich gegenüber anderen Personen durchsetzen	1 (0,2%)	3,67 (1,1)	12 (3,0%)	42 (10,3%)	131 (32,3%)	123 (30,3%)	78 (19,2%)	20 (4,9%)	-0,05	,470	53
24 Ich erwarte, von anderen Personen ernstgenommen zu werden	0 (0%)	4,55 (1,2)	4 (1,0%)	17 (4,2%)	48 (11,8%)	125 (30,7%)	107 (26,3%)	106 (26,0%)	-0,51	,484	71
25 Ich kann mit anderen Personen Unternehmungen machen	0 (0%)	3,73 (1,1)	8 (2,0%)	43 (10,6%)	133 (32,7%)	118 (29,0%)	78 (19,2%)	27 (6,6%)	0,07	,534	55
26 Ich werde vor anderen Personen leicht rot	0 (0%)	2,32 (1,1)	94 (23,1%)	168 (41,3%)	88 (21,6%)	35 (8,6%)	20 (4,9%)	2 (0,5%)	0,84	<b>-,011</b>	26
27 Ich mische mich in die Angelegenheiten anderer Personen ein	0 (0%)	2,09 (1,0)	116 (28,5%)	186 (45,7%)	72 (17,7%)	21 (5,2%)	9 (2,2%)	3 (0,7%)	1,15	<b>,296</b>	22
28 Ich kann anderen Personen meine Zuwendung zeigen	1 (0,2%)	3,61 (1,2)	14 (3,4%)	57 (14,0%)	128 (31,5%)	110 (27,1%)	69 (17,0%)	28 (6,9%)	0,08	,616	52
29 Ich kann meine eigene Bedürfnisse für die einer anderen Person missachten	5 (1,2%)	2,89 (1,2)	47 (11,7%)	107 (26,6%)	141 (35,1%)	64 (15,9%)	35 (8,7%)	8 (2,0%)	0,39	,366	38
30 Ich kann anderen mitteilen, was ich wirklich will	1 (0,2%)	3,81 (1,3)	11 (2,7%)	50 (12,3%)	110 (27,1%)	107 (26,4%)	89 (21,9%)	39 (9,6%)	-0,06	,533	56

Anmerkungen. Hervorgehoben sind jeweils Trennschärfen (r<sub>i</sub>) von <,30 und ein Schwierigkeitsindex (P<sub>i</sub>) von <20 bzw. >80

Tabelle A-74

## Itemanalyse FEIV Psychosomatik/ Psychotherapie (n=411)

Item	Missing	M (SD)	1 = gar nicht	2 = selten	3 = ab und zu	4 = oft	5 = sehr oft	6 = immer	Schiefe	r <sub>i</sub>	P <sub>i</sub>
1 Ich kann mit fremden Personen schnell Bekannntschaft machen	1 (0,2%)	3,04 (1,2)	35 (8,5%)	117 (28,5%)	114 (27,8%)	91 (22,2%)	47 (11,5%)	6 (1,5%)	0,23	,533	41
2 Ich lasse anderen Personen gegenüber zu viel durchgehen	0 (0%)	3,66 (1,1)	10 (2,4%)	48 (11,7%)	131 (31,9%)	116 (28,2%)	96 (23,4%)	10 (2,4%)	-0,14	<b>,131</b>	53
3 Ich kann anderen Personen gegenüber hart sein, wenn nötig	0 (0%)	2,86 (1,3)	35 (8,5%)	161 (39,2%)	113 (27,5%)	49 (11,9%)	35 (8,5%)	18 (4,4%)	0,81	<b>,249</b>	37
4 Ich erfülle Pflichten regelmäßig	0 (0%)	4,63 (1,1)	3 (0,7%)	9 (2,2%)	54 (13,1%)	101 (24,6%)	149 (36,3%)	95 (23,1%)	-0,60	<b>,168</b>	73
5 Ich kann mich anderen Personen vertraut fühlen	0 (0%)	2,91 (1,1)	32 (7,8%)	132 (32,1%)	131 (31,9%)	78 (19,0%)	34 (8,3%)	4 (1,0%)	0,38	,356	38
6 Ich lasse mich von anderen Personen ausbeuten	0 (0%)	2,83 (1,4)	87 (21,2%)	86 (20,9%)	111 (27,0%)	72 (17,5%)	48 (11,7%)	7 (1,7%)	0,25	<b>,097</b>	37
7 Ich zeige anderen Personen, dass ich sauer bin	0 (0%)	3,09 (1,1)	14 (3,4%)	121 (29,4%)	155 (37,7%)	71 (17,3%)	34 (8,3%)	16 (3,9%)	0,67	<b>,249</b>	42
8 Ich helfe anderen Personen	0 (0%)	4,52 (1,0)	4 (1,0%)	8 (1,9%)	55 (13,4%)	117 (28,5%)	157 (38,2%)	70 (17,0%)	-0,58	,501	70
9 Gegenüber anderen Personen halte ich Abstand	0 (0%)	3,28 (1,1)	20 (4,9%)	74 (18,0%)	170 (41,4%)	75 (18,2%)	62 (15,1%)	10 (2,4%)	0,25	<b>-,240</b>	46
10 Ich glaube und vertraue anderen Personen zu schnell	1 (0,2%)	3,14 (1,3)	48 (11,7%)	95 (23,2%)	112 (27,3%)	74 (18,0%)	69 (16,8%)	12 (2,9%)	0,17	<b>,225</b>	43
11 Ich behalte andere Personen im Auge	2 (0,5%)	3,29 (1,2)	28 (6,8%)	83 (20,3%)	127 (31,1%)	101 (24,7%)	54 (13,2%)	16 (3,9%)	0,14	<b>,222</b>	46
12 Ich kann mich über das Glück anderer Personen begeistern	0 (0%)	3,66 (1,2)	19 (4,6%)	50 (12,2%)	112 (27,3%)	131 (31,9%)	69 (16,8%)	30 (7,3%)	-0,08	,361	53
13 Ich kann einer Personengruppe schnell beitreten	0 (0%)	3,13 (1,2)	26 (6,3%)	115 (28,0%)	122 (29,7%)	90 (21,9%)	44 (10,7%)	14 (3,4%)	0,36	,500	43
14 Meine eigenen Bedürfnisse vernachlässige ich oft	0 (0%)	4,07 (1,2)	7 (1,7%)	32 (7,8%)	104 (25,3%)	88 (21,4%)	142 (34,5%)	38 (9,2%)	-0,33	<b>,160</b>	61
15 Ich gerate oft mit anderen Personen aneinander	0 (0%)	2,73 (1,0)	20 (4,9%)	184 (44,8%)	130 (31,6%)	46 (11,2%)	26 (6,3%)	5 (1,2%)	0,92	<b>,195</b>	35
16 Ich kann anderen Personen eine Überraschung bereiten	0 (0%)	3,65 (1,2)	9 (2,2%)	49 (11,9%)	146 (35,5%)	104 (25,3%)	80 (19,5%)	23 (5,6%)	0,12	,481	53

Fortsetzung

Item	Missing	M (SD)	1 = gar nicht	2 = selten	3 = ab und zu	4 = oft	5 = sehr oft	6 = immer	Schiefe	r <sub>i</sub>	P <sub>i</sub>
17 Ich komme mit anderen Personen schnell klar	0 (0%)	3,45 (1,1)	13 (3,2%)	67 (16,3%)	135 (32,8%)	121 (29,4%)	67 (16,3%)	8 (1,9%)	-0,02	,555	49
18 Ich kann „Nein“ sagen	0 (0%)	2,77 (1,4)	54 (13,1%)	166 (40,4%)	93 (22,6%)	41 (10,0%)	33 (8,0%)	24 (5,8%)	0,87	<b>,108</b>	35
19 Ich kann anderen Personen Grenzen setzen	0 (0%)	2,69 (1,1)	39 (9,5%)	159 (38,7%)	148 (36,0%)	33 (8,0%)	19 (4,6%)	13 (3,2%)	0,98	<b>,269</b>	34
20 Ich kann die Auffassung einer anderen Person nachvollziehen	0 (0%)	3,82 (1,0)	10 (2,4%)	23 (5,6%)	113 (27,5%)	167 (40,6%)	82 (20,0%)	16 (3,9%)	-0,28	,312	56
21 Ich kann anderen Personen meine Gefühle offen mitteilen	0 (0%)	2,66 (1,2)	52 (12,7%)	160 (38,9%)	117 (28,5%)	49 (11,9%)	24 (5,8%)	9 (2,2%)	0,77	,445	33
22 Ich bin sehr schnell ergriffen vom Leid anderer Personen	0 (0%)	3,86 (1,3)	17 (4,1%)	43 (10,5%)	97 (23,6%)	113 (27,5%)	104 (25,3%)	37 (9,0%)	-0,27	<b>,272</b>	57
23 Ich kann mich gegenüber anderen Personen durchsetzen	0 (0%)	2,98 (1,1)	29 (7,1%)	113 (27,5%)	157 (38,2%)	69 (16,8%)	37 (9,0%)	6 (1,5%)	0,40	,360	40
24 Ich erwarte, von anderen Personen ernstgenommen zu werden	0 (0%)	4,51 (1,2)	5 (1,2%)	15 (3,6%)	56 (13,6%)	117 (28,5%)	125 (30,4%)	93 (22,6%)	-0,54	,404	70
25 Ich kann mit anderen Personen Unternehmungen machen	0 (0%)	3,34 (1,1)	14 (3,4%)	84 (20,4%)	143 (34,8%)	101 (24,6%)	55 (13,4%)	14 (3,4%)	0,25	,452	47
26 Ich werde vor anderen Personen leicht rot	0 (0%)	2,85 (1,3)	63 (15,3%)	118 (28,7%)	118 (28,7%)	53 (12,9%)	47 (11,4%)	12 (2,9%)	0,48	<b>,014</b>	37
27 Ich mische mich in die Angelegenheiten anderer Personen ein	1 (0,2%)	2,18 (1,0)	98 (23,9%)	189 (46,1%)	86 (21,0%)	28 (6,8%)	8 (2,0%)	1 (0,2%)	0,84	,315	24
28 Ich kann anderen Personen meine Zuwendung zeigen	0 (0%)	3,33 (1,2)	18 (4,4%)	95 (23,1%)	129 (31,4%)	82 (20,0%)	75 (18,2%)	12 (2,9%)	0,19	,510	47
29 Ich kann meine eigene Bedürfnisse für die einer anderen Person missachten	0 (0%)	3,47 (1,4)	38 (9,2%)	69 (16,8%)	107 (26,0%)	78 (19,0%)	97 (23,6%)	22 (5,4%)	-0,08	,354	49
30 Ich kann anderen mitteilen, was ich wirklich will	1 (0,2%)	3,17 (1,2)	14 (3,4%)	114 (27,8%)	146 (35,6%)	74 (18,0%)	48 (11,7%)	14 (3,4%)	0,51	,385	43

Anmerkungen. Hervorgehoben sind jeweils Trennschärfen (r<sub>i</sub>) von <,30 und ein Schwierigkeitsindex (P<sub>i</sub>) von <20 bzw. >80

Tabelle A-75

*Itemanalyse FEIV Normalbevölkerung (N=1.278)*

Item	Missing	M (SD)	1 = gar nicht	2 = selten	3 = ab und zu	4 = oft	5 = sehr oft	6 = immer	Schiefe	r <sub>i</sub>	P <sub>i</sub>
1 Ich kann mit fremden Personen schnell Bekannntschaft machen	7 (0,5%)	3,78 (1,2)	25 (2,0%)	180 (14,2%)	318 (25,0%)	370 (29,1%)	283 (22,3%)	95 (7,5%)	-0,06	,552	56
2 Ich lasse anderen Personen gegenüber zu viel durchgehen	12 (0,9%)	3,02 (1,0)	51 (4,0%)	349 (27,6%)	522 (41,2%)	225 (17,8%)	106 (8,4%)	13 (1,0%)	0,44	<b>,157</b>	40
3 Ich kann anderen Personen gegenüber hart sein, wenn nötig	10 (0,8%)	3,56 (1,2)	20 (1,6%)	223 (17,6%)	438 (34,5%)	290 (22,9%)	207 (16,3%)	90 (7,1%)	0,31	,368	51
4 Ich erfülle Pflichten regelmäßig	9 (0,7%)	4,89 (1,0)	4 (0,3%)	21 (1,7%)	73 (5,8%)	284 (22,4%)	514 (40,5%)	373 (29,4%)	-0,82	,307	78
5 Ich kann mich anderen Personen vertraut fühlen	9 (0,7%)	3,86 (1,1)	16 (1,3%)	127 (10,0%)	351 (27,7%)	391 (30,8%)	294 (23,2%)	90 (7,1%)	-0,05	,480	57
6 Ich lasse mich von anderen Personen ausbeuten	9 (0,7%)	2,0 (1,0)	455 (35,9%)	481 (37,9%)	250 (19,7%)	52 (4,1%)	26 (2,0%)	5 (0,4%)	1,03	<b>,021</b>	20
7 Ich zeige anderen Personen, dass ich sauer bin	10 (0,8%)	3,35 (1,1)	32 (2,5%)	226 (17,8%)	544 (42,9%)	260 (20,5%)	143 (11,3%)	63 (5,0%)	0,50	,372	47
8 Ich helfe anderen Personen	6 (0,5%)	4,55 (1,0)	6 (0,5%)	15 (1,2%)	164 (12,9%)	395 (31,1%)	475 (37,3%)	217 (17,1%)	-0,39	,503	71
9 Gegenüber anderen Personen halte ich Abstand	7 (0,5%)	2,55 (1,0)	178 (14,0%)	435 (34,2%)	496 (39,0%)	115 (9,0%)	38 (3,0%)	9 (0,7%)	0,49	<b>-,268</b>	31
10 Ich glaube und vertraue anderen Personen zu schnell	9 (0,7%)	2,66 (1,1)	172 (13,6%)	454 (35,8%)	386 (30,4%)	161 (12,7%)	79 (6,2%)	17 (1,3%)	0,61	<b>,134</b>	33
11 Ich behalte andere Personen im Auge	12 (0,9%)	3,23 (1,2)	62 (4,9%)	273 (21,6%)	471 (37,2%)	278 (22,0%)	138 (10,9%)	44 (3,5%)	0,33	<b>,271</b>	45
12 Ich kann mich über das Glück anderer Personen begeistern	8 (0,6%)	4,42 (1,1)	11 (0,9%)	46 (3,6%)	204 (16,1%)	366 (28,8%)	421 (33,1%)	222 (17,5%)	-0,43	,427	68
13 Ich kann einer Personengruppe schnell beitreten	8 (0,6%)	3,77 (1,2)	20 (1,6%)	211 (16,6%)	306 (24,1%)	346 (27,2%)	283 (22,3%)	104 (8,2%)	-0,01	,541	55
14 Meine eigenen Bedürfnisse vernachlässige ich oft	8 (0,6%)	2,95 (1,1)	93 (7,3%)	369 (29,1%)	489 (38,5%)	175 (13,8%)	121 (9,5%)	23 (1,8%)	0,51	<b>,095</b>	39
15 Ich gerate oft mit anderen Personen aneinander	9 (0,7%)	2,47 (0,9)	91 (7,2%)	667 (52,6%)	392 (30,9%)	79 (6,2%)	26 (2,0%)	14 (1,1%)	1,20	<b>,136</b>	29
16 Ich kann anderen Personen eine Überraschung bereiten	8 (0,6%)	4,07 (1,1)	13 (1,0%)	54 (4,3%)	355 (28,0%)	374 (29,4%)	355 (28,0%)	119 (9,4%)	-0,10	,552	61

Fortsetzung

Item	Missing	M (SD)	1 = gar nicht	2 = selten	3 = ab und zu	4 = oft	5 = sehr oft	6 = immer	Schiefe	r <sub>i</sub>	P <sub>i</sub>
17 Ich komme mit anderen Personen schnell klar	11 (0,9%)	4,17 (1,0)	11 (0,9%)	60 (4,7%)	219 (17,3%)	487 (38,4%)	392 (30,9%)	98 (7,7%)	-0,37	,567	63
18 Ich kann „Nein“ sagen	6 (0,5%)	3,7 (1,3)	24 (1,9%)	234 (18,4%)	340 (26,7%)	308 (24,2%)	231 (18,2%)	135 (10,6%)	0,15	<b>,211</b>	54
19 Ich kann anderen Personen Grenzen setzen	9 (0,7%)	3,51 (1,1)	27 (2,1%)	176 (13,9%)	484 (38,1%)	336 (26,5%)	202 (15,9%)	44 (3,5%)	0,19	,465	50
20 Ich kann die Auffassung einer anderen Person nachvollziehen	9 (0,7%)	4,12 (1,0)	5 (0,4%)	51 (4,0%)	284 (22,4%)	453 (35,7%)	398 (31,4%)	78 (6,1%)	-0,21	,429	62
21 Ich kann anderen Personen meine Gefühle offen mitteilen	7 (0,5%)	3,79 (1,2)	23 (1,8%)	166 (13,1%)	359 (28,2%)	333 (26,2%)	281 (22,1%)	109 (8,6%)	0,01	,503	56
22 Ich bin sehr schnell ergriffen vom Leid anderer Personen	10 (0,8%)	3,56 (1,2)	43 (3,4%)	203 (16,0%)	385 (30,4%)	345 (27,2%)	224 (17,7%)	68 (5,4%)	0,06	<b>,278</b>	51
23 Ich kann mich gegenüber anderen Personen durchsetzen	8 (0,6%)	3,91 (1,0)	11 (0,9%)	74 (5,8%)	350 (27,6%)	470 (36,8%)	307 (24,2%)	58 (4,6%)	-0,11	,492	58
24 Ich erwarte, von anderen Personen ernstgenommen zu werden	9 (0,7%)	4,78 (1,2)	9 (0,7%)	45 (3,5%)	124 (9,8%)	286 (22,5%)	377 (29,7%)	428 (33,7%)	-0,77	,445	76
25 Ich kann mit anderen Personen Unternehmungen machen	10 (0,8%)	4,44 (1,1)	4 (0,3%)	46 (3,6%)	232 (18,3%)	313 (24,7%)	451 (35,6%)	222 (17,5%)	-0,37	,519	69
26 Ich werde vor anderen Personen leicht rot	13 (1,0%)	2,38 (1,2)	300 (23,7%)	487 (38,5%)	285 (22,5%)	108 (8,5%)	63 (5,0%)	22 (1,7%)	0,92	<b>-,036</b>	28
27 Ich mische mich in die Angelegenheiten anderer Personen ein	8 (0,6%)	2,29 (1,0)	280 (22,0%)	610 (48,0%)	282 (22,2%)	60 (4,7%)	26 (2,0%)	12 (0,9%)	1,10	<b>,222</b>	24
28 Ich kann anderen Personen meine Zuwendung zeigen	8 (0,6%)	4,32 (1,1)	6 (0,5%)	70 (5,5%)	202 (15,9%)	394 (31,0%)	430 (33,9%)	168 (13,2%)	-0,39	,550	66
29 Ich kann meine eigene Bedürfnisse für die einer anderen Person missachten	15 (1,2%)	3,20 (1,1)	88 (7,0%)	209 (16,5%)	527 (41,2%)	270 (21,4%)	134 (10,6%)	35 (2,8%)	0,20	,303	44
30 Ich kann anderen mitteilen, was ich wirklich will	7 (0,5%)	4,25 (1,1)	5 (0,4%)	56 (4,4%)	249 (19,6%)	417 (32,8%)	393 (30,9%)	151 (11,9%)	-0,22	,565	65

Anmerkungen. Hervorgehoben sind jeweils Trennschärfen (r<sub>i</sub>) von <,30 und ein Schwierigkeitsindex (P<sub>i</sub>) von <20 bzw. >80

Tabelle A-76

*Itemanalyse FEIV Studierende Retest nach 7 Tagen (n=171)*

Item	Missing	M (SD)	1 = gar nicht	2 = selten	3 = ab und zu	4 = oft	5 = sehr oft	6 = immer	Schiefe	r <sub>i</sub>	P <sub>i</sub>
1 Ich kann mit fremden Personen schnell Bekanntschaft machen	0 (0%)	3,59 (1,14)	4 (2,4%)	28 (16,5%)	43 (25,3%)	61 (35,9%)	26 (15,3%)	8 (4,7%)	-,02	,613	52
2 Ich lasse anderen Personen gegenüber zu viel durchgehen	1 (0,6%)	2,92 (0,98)	14 (8,3%)	35 (20,7%)	79 (46,7%)	33 (19,5%)	7 (4,1%)	1 (0,6%)	,04	<b>,063</b>	38
3 Ich kann anderen Personen gegenüber hart sein, wenn nötig	1 (0,6%)	3,35 (1,12)	2 (1,2%)	36 (21,3%)	68 (40,2%)	35 (20,7%)	20 (11,8%)	8 (4,7%)	,57	<b>,288</b>	47
4 Ich erfülle Pflichten regelmäßig	1 (0,6%)	4,62 (0,89)	1 (0,6%)	1 (0,6%)	13 (7,7%)	57 (33,7%)	72 (42,6%)	25 (14,8%)	-,53	,406	72
5 Ich kann mich anderen Personen vertraut fühlen	0 (0%)	3,60 (1,14)	2 (1,2%)	27 (15,9%)	56 (32,0%)	46 (27,1%)	30 (17,6%)	9 (5,3%)	,21	,537	52
6 Ich lasse mich von anderen Personen ausbeuten	1 (0,6%)	1,93 (0,98)	63 (37,3%)	72 (42,6%)	23 (13,6%)	6 (3,6%)	4 (2,4%)	1 (0,6%)	1,38	<b>-,033</b>	<b>18</b>
7 Ich zeige anderen Personen, dass ich sauer bin	1 (0,6%)	3,28 (0,95)	2 (1,2%)	31 (18,3%)	72 (42,6%)	50 (29,6%)	10 (5,9%)	4 (2,4%)	,43	,380	45
8 Ich helfe anderen Personen	1 (0,6%)	4,39 (0,89)	-	1 (0,6%)	26 (15,4%)	65 (38,5%)	60 (35,5%)	17 (10,1%)	-,03	,526	67
9 Gegenüber anderen Personen halte ich Abstand	0 (0%)	2,55 (0,89)	17 (10,0%)	66 (38,8%)	68 (40,0%)	14 (8,2%)	5 (2,9%)	-	,40	<b>-,280</b>	31
10 Ich glaube und vertraue anderen Personen zu schnell	1 (0,6%)	2,65 (1,05)	21 (12,4%)	60 (35,5%)	54 (32,0%)	26 (15,4%)	7 (4,1%)	1 (0,6%)	,43	<b>,132</b>	33
11 Ich behalte andere Personen im Auge	1 (0,6%)	2,96 (1,01)	10 (5,9%)	45 (26,6%)	67 (39,6%)	37 (21,9%)	8 (4,7%)	2 (1,2%)	,28	<b>,176</b>	39
12 Ich kann mich über das Glück anderer Personen begeistern	0 (0%)	4,31 (0,89)	-	3 (1,8%)	28 (26,5%)	65 (38,2%)	62 (36,5%)	12 (7,1%)	-,19	,604	66
13 Ich kann einer Personengruppe schnell beitreten	0 (0%)	3,63 (1,15)	3 (1,8%)	30 (17,6%)	40 (23,5%)	58 (34,1%)	32 (18,8%)	7 (4,1%)	-,06	,641	52
14 Meine eigenen Bedürfnisse vernachlässige ich oft	1 (0,6%)	2,71 (0,90)	8 (4,7%)	66 (39,1%)	70 (41,4%)	18 (10,7%)	6 (3,6%)	1 (0,6%)	,71	<b>,024</b>	34
15 Ich gerate oft mit anderen Personen aneinander	0 (0%)	2,50 (0,76)	9 (5,3%)	83 (48,8%)	65 (38,2%)	10 (5,9%)	3 (1,8%)	-	,65	<b>,184</b>	30
16 Ich kann anderen Personen eine Überraschung bereiten	0 (0%)	4,21 (1,03)	1 (0,6%)	6 (3,5%)	38 (22,4%)	49 (28,8%)	63 (37,1%)	13 (7,6%)	-,34	,610	64

Fortsetzung



Item	Missing	M (SD)	1 = gar nicht	2 = selten	3 = ab und zu	4 = oft	5 = sehr oft	6 = immer	Schiefe	r <sub>i</sub>	P <sub>i</sub>
17 Ich komme mit anderen Personen schnell klar	1 (0,6%)	3,83 (1,00)	2 (1,2%)	13 (7,7%)	43 (25,4%)	70 (41,4%)	35 (20,7%)	6 (3,6%)	-,21	,648	56
18 Ich kann „Nein“ sagen	0 (0%)	3,68 (1,19)	1 (0,6%)	27 (15,9%)	56 (32,9%)	40 (23,5%)	33 (19,4%)	13 (7,6%)	,26	<b>,265</b>	53
19 Ich kann anderen Personen Grenzen setzen	0 (0%)	3,44 (0,92)	2 (1,2%)	21 (12,4%)	68 (40,0%)	61 (35,9%)	15 (8,8%)	3 (1,8%)	,15	,444	49
20 Ich kann die Auffassung einer anderen Person nachvollziehen	0 (0%)	4,29 (0,81)	-	1 (0,6%)	29 (17,1%)	65 (38,2%)	69 (40,6%)	6 (3,5%)	-,25	,479	65
21 Ich kann anderen Personen meine Gefühle offen mitteilen	0 (0%)	3,69 (1,12)	1 (0,6%)	23 (13,5%)	55 (32,4%)	49 (28,8%)	32 (18,8%)	10 (5,9%)	,19	,502	54
22 Ich bin sehr schnell ergriffen vom Leid anderer Personen	1 (0,6%)	3,78 (1,03)	1 (0,6%)	14 (8,3%)	58 (34,3%)	52 (30,8%)	37 (21,9%)	7 (4,1%)	,10	<b>,262</b>	55
23 Ich kann mich gegenüber anderen Personen durchsetzen	0 (0%)	3,76 (0,88)	-	12 (7,1%)	52 (30,6%)	72 (42,4%)	32 (18,8%)	2 (1,2%)	-,05	,543	55
24 Ich erwarte, von anderen Personen ernstgenommen zu werden	0 (0%)	4,79 (0,93)	-	2 (1,2%)	9 (5,3%)	56 (32,9%)	59 (34,7%)	44 (25,9%)	-,32	,498	75
25 Ich kann mit anderen Personen Unternehmungen machen	1 (0,6%)	4,44 (1,01)	-	4 (2,4%)	29 (17,2%)	48 (28,4%)	64 (37,9%)	24 (14,2%)	-,28	,466	68
26 Ich werde vor anderen Personen leicht rot	1 (0,6%)	2,63 (1,18)	32 (18,9%)	49 (29,0%)	52 (30,8%)	24 (14,2%)	10 (5,9%)	2 (1,2%)	,45	<b>-,060</b>	32
27 Ich mische mich in die Angelegenheiten anderer Personen ein	1 (0,6%)	2,37 (0,93)	25 (14,8%)	78 (46,2%)	50 (29,6%)	10 (5,9%)	6 (3,6%)	-	,71	<b>,285</b>	27
28 Ich kann anderen Personen meine Zuwendung zeigen	0 (0%)	4,22 (1,04)	-	11 (6,5%)	29 (17,1%)	55 (32,4%)	61 (35,9%)	14 (8,2%)	-,36	,562	64
29 Ich kann meine eigene Bedürfnisse für die einer anderen Person missachten	2 (1,2%)	3,40 (0,81)	-	14 (8,3%)	91 (54,2%)	46 (27,4%)	15 (8,9%)	2 (1,2%)	,68	<b>,287</b>	48
30 Ich kann anderen mitteilen, was ich wirklich will	0 (0%)	3,98 (0,96)	-	9 (5,3%)	44 (25,9%)	67 (39,4%)	41 (24,1%)	9 (5,3%)	,04	,483	59

Anmerkungen. Hervorgehoben sind jeweils Trennschärfen (r<sub>i</sub>) von <,30 und ein Schwierigkeitsindex (P<sub>i</sub>) von <20 bzw. >80

Tabelle A-77

*Itemanalyse FUSA Patientenstichprobe (N=1.583)*

Item	Missing	M (SD)	1 = gar nicht	2 = selten	3 = ab und zu	4 = oft	5 = sehr oft	6 = immer	Schiefe	r <sub>i</sub>	P <sub>i</sub>
1 Ich kann jederzeit auf Unterstützung durch eine vertraute Person zählen	2 (0,1%)	4,64 (1,4)	43 (2,7%)	90 (5,7%)	235 (14,9%)	298 (18,8%)	267 (16,9%)	648 (41,0%)	-0,72	,591	73
2 Verwandte versuchen, mir mein Denken und meine Handlungen vorzuschreiben	1 (0,1%)	2,83 (1,5)	404 (25,5%)	321 (20,3%)	345 (21,8%)	243 (15,4%)	195 (12,3%)	74 (4,7%)	0,93	<b>,145</b>	37
3 In meiner Gegenwart fühlen sich andere Menschen wohl	1 (0,1%)	3,80 (1,2)	45 (2,8%)	132 (8,3%)	471 (29,8%)	491 (31,0%)	327 (20,7%)	116 (7,3%)	-0,09	,516	56
4 Meine Freunde reden mir bei vielen Dingen rein	5 (0,3%)	2,07 (1,1)	527 (33,4%)	635 (40,2%)	268 (17,0%)	90 (5,7%)	43 (2,7%)	15 (1,0%)	1,18	<b>,147</b>	21
5 Ich wünsche mir mehr Unterstützung	0 (0%)	3,41 (1,2)	87 (5,5%)	228 (14,4%)	622 (39,3%)	321 (20,3%)	241 (15,2%)	84 (5,3%)	0,20	<b>,109</b>	48
6 Ich gehöre einem Freundeskreis (einer Clique) an	5 (0,3%)	2,69 (1,8)	625 (39,6%)	222 (14,1%)	245 (15,5%)	180 (11,4%)	117 (7,4%)	189 (12,0%)	0,65	,454	34
7 Eine vertraute Person ist für mich gut erreichbar	8 (0,5%)	4,63 (1,5)	56 (3,6%)	110 (7,0%)	176 (11,2%)	322 (20,4%)	270 (17,1%)	641 (40,7%)	-0,79	,576	73
8 Meine Verwandten reden mir bei vielen Dingen rein	26 (0,7%)	2,69 (1,4)	359 (23,1%)	445 (28,6%)	339 (21,8%)	210 (13,5%)	146 (9,4%)	58 (3,7%)	0,60	<b>,210</b>	34
9 In meiner Gegenwart fühlen sich meine Freunde wohl	6 (0,4%)	3,95 (1,3)	74 (4,7%)	105 (6,7%)	384 (24,4%)	478 (30,3%)	338 (21,4%)	198 (12,6%)	-0,27	,574	59
10 Meine Freunde kritisieren mich zu oft	2 (0,1%)	2,25 (1,0)	396 (25,0%)	603 (38,1%)	443 (28,0%)	93 (5,9%)	26 (1,6%)	20 (1,3%)	0,88	<b>,135</b>	25
11 Ich wünsche mir mehr Hilfsbereitschaft von anderen	2 (0,1%)	3,36 (1,2)	90 (5,7%)	234 (14,8%)	622 (39,3%)	375 (23,7%)	179 (11,3%)	81 (5,1%)	0,23	<b>,282</b>	47
12 Personen aus meinem Freundeskreis betrachten das Lebens so ähnlich wie ich	5 (0,3%)	2,63 (1,6)	548 (34,7%)	274 (17,4%)	308 (19,5%)	207 (13,1%)	141 (8,9%)	100 (6,3%)	0,61	,467	33
13 Es gibt Personen, die mich mit dem Auto zu einem Termin fahren würden	6 (0,4%)	4,29 (1,5)	83 (5,3%)	133 (8,4%)	301 (19,1%)	277 (17,6%)	295 (18,7%)	488 (30,9%)	-0,47	,540	66
14 Meine Verwandten kritisieren mich zu oft	5 (0,3%)	2,85 (1,4)	311 (19,7%)	409 (25,9%)	401 (25,4%)	207 (13,1%)	165 (10,5%)	85 (5,4%)	0,52	<b>,137</b>	37
15 Meine Ratschläge werden oft eingeholt	4 (0,3%)	3,24 (1,1)	93 (5,9%)	281 (17,8%)	629 (39,8%)	346 (21,9%)	197 (12,5%)	33 (2,1%)	0,16	,465	45

Fortsetzung

Item	Missing	M (SD)	1 = gar nicht	2 = selten	3 = ab und zu	4 = oft	5 = sehr oft	6 = immer	Schiefe	r <sub>i</sub>	P <sub>i</sub>
16 Meine Freunde machen mir ein schlechtes Gewissen	2 (0,1%)	2,04 (1,1)	628 (39,7%)	506 (32,0%)	283 (17,9%)	102 (6,5%)	49 (3,1%)	13 (0,8%)	1,10	<b>,028</b>	21
17 Ich wünsche mir mehr praktische Hilfe durch andere	4 (0,3%)	3,17 (1,1)	111 (7,0%)	311 (19,7%)	605 (38,3%)	345 (21,8%)	168 (10,6%)	39 (2,5%)	0,21	<b>,207</b>	43
18 Ich habe Freunde oder Bekannten, mit denen ich etwas unternehme	2 (0,1%)	3,18 (1,5)	237 (15,0%)	327 (20,7%)	416 (26,4%)	261 (16,5%)	192 (12,1%)	148 (9,4%)	0,30	,556	44
19 Es gibt Personen, die dringende Besorgungen für mich übernehmen würden	3 (0,2%)	3,71 (1,5)	135 (8,5%)	221 (14,0%)	394 (24,9%)	315 (19,9%)	242 (15,3%)	273 (17,3%)	-0,03	,582	54
20 Meine Verwandten machen mir ein schlechtes Gewissen	3 (0,2%)	2,73 (1,5)	437 (27,7%)	332 (21,0%)	349 (22,1%)	213 (13,5%)	173 (10,9%)	76 (4,8%)	0,50	<b>,070</b>	35
21 Wenn jemand gedrückter Stimmung ist, kann ich ihn trösten	3 (0,2%)	3,98 (1,3)	60 (3,8%)	134 (8,5%)	397 (25,1%)	398 (25,2%)	369 (23,4%)	222 (14,1%)	-0,22	,452	60
22 Freunde versuchen, mir mein Denken und meine Handlungen vorzuschreiben	2 (0,1%)	2,08 (1,2)	612 (38,7%)	491 (31,1%)	303 (19,2%)	102 (6,5%)	56 (3,5%)	17 (1,1%)	1,08	<b>,074</b>	22
23 Ich wünsche mir mehr Mitgefühl von anderen	0 (0%)	2,97 (1,3)	228 (14,4%)	321 (20,3%)	560 (35,4%)	267 (16,9%)	162 (10,2%)	45 (2,8%)	0,27	<b>,225</b>	39
24 Mein Freundeskreis gibt mir oft gute Hinweise	2 (0,1%)	3,15 (1,4)	226 (14,3%)	292 (18,5%)	460 (29,1%)	305 (19,3%)	215 (13,6%)	83 (5,2%)	0,18	,539	43
25 Sollte ich krank sein, kann mich auf andere Menschen verlassen	2 (0,1%)	4,06 (1,5)	82 (5,2%)	207 (13,1%)	300 (19,0%)	338 (21,4%)	257 (16,3%)	397 (25,1%)	-0,24	,544	61
26 Verwandte engen mich in meinem Lebensalltag ein	5 (0,3%)	2,59 (1,4)	459 (29,1%)	380 (24,1%)	351 (22,2%)	182 (11,5%)	145 (9,2%)	61 (3,9%)	0,65	<b>,092</b>	32
27 In meiner Gegenwart fühlen sich meine Verwandten wohl	5 (0,3%)	3,69 (1,4)	101 (6,4%)	181 (11,5%)	457 (29,0%)	391 (24,8%)	269 (17,0%)	179 (11,3%)	-0,03	,439	54
28 Ich komme mir oft als Einzelgänger oder Außenseiter vor	3 (0,2%)	3,18 (1,6)	361 (22,8%)	211 (13,4%)	357 (22,6%)	231 (14,6%)	266 (16,8%)	154 (9,7%)	0,15	-,372	44
29 Bin ich länger unterwegs, gibt es Personen, die sich um meine Wohnung kümmern	7 (0,4%)	4,15 (1,8)	182 (11,5%)	159 (10,1%)	214 (13,6%)	262 (16,6%)	196 (12,4%)	563 (35,7%)	-0,46	,463	63
30 Meine Gefühle kann ich anderen gegenüber offen zeigen	3 (0,2%)	2,95 (1,4)	195 (12,3%)	528 (33,4%)	380 (24,1%)	223 (14,1%)	139 (8,8%)	115 (7,3%)	0,64	,391	39

Fortsetzung

Item	Missing	M (SD)	1 = gar nicht	2 = selten	3 = ab und zu	4 = oft	5 = sehr oft	6 = immer	Schiefe	r <sub>i</sub>	P <sub>i</sub>
31 Ich könnte kurzfristig bei anderen Personen unterkommen	5 (0,3%)	3,74 (1,8)	240 (15,2%)	196 (12,4%)	314 (19,9%)	232 (14,7%)	171 (10,8%)	425 (26,9%)	-0,10	,588	55
32 Persönliche Dinge kann ich mit einer vertrauten Person besprechen	2 (0,1%)	4,08 (1,6)	108 (6,8%)	237 (15,0%)	250 (15,8%)	278 (17,6%)	242 (15,3%)	466 (29,5%)	-0,30	,545	62
33 Beim Ausfüllen von Anträgen/ Verfassen von formellen Briefen könnte ich jemanden um Hilfe bitten	6 (0,4%)	3,98 (1,6)	111 (7,0%)	207 (13,1%)	345 (21,9%)	281 (17,8%)	199 (12,6%)	434 (27,5%)	-0,17	,472	60
34 Wenn nötig könnte ich mir Nahrungsmittel oder Haushaltsgegenstände von Bekannten borgen	10 (0,6%)	3,71 (1,7)	181 (11,5%)	218 (13,9%)	373 (23,7%)	267 (17,0%)	167 (10,6%)	367 (23,3%)	-0,01	,555	54
35 In der Nähe einer vertrauten Person fühle ich mich wohl	4 (0,3%)	4,68 (1,3)	18 (1,1%)	78 (4,9%)	196 (12,4%)	344 (21,8%)	413 (26,2%)	530 (33,6%)	-0,70	,508	74
36 Freunde und Verwandte besprechen wichtige persönliche Probleme mit mir	4 (0,3%)	3,59 (1,6)	169 (10,7%)	244 (15,5%)	376 (23,8%)	287 (18,2%)	278 (17,6%)	225 (14,2%)	-0,01	,579	52

Anmerkungen. Hervorgehoben sind jeweils Trennschärfen (r<sub>i</sub>) von <,30 und ein Schwierigkeitsindex (P<sub>i</sub>) von <20 bzw. >80

Tabelle A-78

## Itemanalyse FUSA Allgemeine Psychiatrie (n=754)

Item	Missing	M (SD)	1 = gar nicht	2 = selten	3 = ab und zu	4 = oft	5 = sehr oft	6 = immer	Schiefe	r <sub>i</sub>	P <sub>i</sub>
1 Ich kann jederzeit auf Unterstützung durch eine vertraute Person zählen	1 (0,1%)	4,65 (1,4)	22 (2,9%)	34 (4,5%)	126 (16,7%)	130 (17,3%)	136 (18,1%)	305 (40,5%)	-0,72	,605	73
2 Verwandte versuchen, mir mein Denken und meine Handlungen vorzuschreiben	0 (0%)	2,80 (1,5)	196 (26,0%)	161 (21,4%)	163 (21,6%)	102 (13,5%)	95 (12,6%)	37 (4,9%)	0,45	<b>,123</b>	36
3 In meiner Gegenwart fühlen sich andere Menschen wohl	1 (0,1%)	3,81 (1,2)	25 (3,3%)	73 (9,7%)	201 (26,7%)	233 (30,9%)	165 (21,9%)	56 (7,4%)	-0,17	,529	56
4 Meine Freunde reden mir bei vielen Dingen rein	2 (0,3%)	2,04 (1,0)	256 (34,0%)	306 (40,7%)	125 (16,6%)	38 (5,1%)	20 (2,7%)	7 (0,9%)	1,22	<b>,131</b>	21
5 Ich wünsche mir mehr Unterstützung	0 (0%)	3,43 (1,2)	41 (5,4%)	109 (14,5%)	292 (38,7%)	150 (19,9%)	124 (16,4%)	38 (5,0%)	0,17	<b>,116</b>	49
6 Ich gehöre einem Freundeskreis (einer Clique) an	3 (0,4%)	2,62 (1,7)	304 (40,5%)	119 (15,8%)	109 (14,5%)	80 (10,7%)	59 (7,9%)	80 (10,7%)	0,72	,449	32
7 Eine vertraute Person ist für mich gut erreichbar	3 (0,4%)	4,66 (1,4)	23 (3,1%)	51 (6,8%)	83 (11,1%)	158 (21,0%)	121 (16,1%)	315 (41,9%)	-0,79	,570	73
8 Meine Verwandten reden mir bei vielen Dingen rein	18 (2,4%)	2,61 (1,4)	184 (25,0%)	220 (29,9%)	152 (20,7%)	91 (12,4%)	57 (7,7%)	32 (4,3%)	0,72	<b>,231</b>	32
9 In meiner Gegenwart fühlen sich meine Freunde wohl	3 (0,4%)	3,97 (1,3)	36 (4,8%)	55 (7,3%)	166 (22,1%)	231 (30,8%)	163 (21,7%)	100 (13,3%)	-0,31	,558	59
10 Meine Freunde kritisieren mich zu oft	1 (0,1%)	2,15 (1,0)	208 (27,6%)	301 (40,0%)	194 (25,8%)	33 (4,4%)	6 (0,8%)	11 (1,5%)	1,04	<b>,114</b>	23
11 Ich wünsche mir mehr Hilfsbereitschaft von anderen	0 (0%)	3,38 (1,2)	45 (6,0%)	108 (14,3%)	296 (39,3%)	172 (22,8%)	88 (11,7%)	45 (6,0%)	0,24	,327	48
12 Personen aus meinem Freundeskreis betrachten das Lebens so ähnlich wie ich	3 (0,4%)	2,62 (1,6)	260 (34,6%)	125 (16,6%)	158 (21,0%)	98 (13,0%)	67 (8,9%)	43 (5,7%)	0,60	,460	32
13 Es gibt Personen, die mich mit dem Auto zu einem Termin fahren würden	3 (0,4%)	4,31 (1,5)	39 (5,2%)	63 (8,4%)	136 (18,1%)	141 (18,8%)	134 (17,8%)	238 (31,7%)	-0,48	,525	66
14 Meine Verwandten kritisieren mich zu oft	2 (0,3%)	2,73 (1,4)	164 (21,8%)	212 (28,2%)	188 (25,0%)	83 (11,0%)	64 (8,5%)	41 (5,5%)	0,67	<b>,155</b>	35
15 Meine Ratschläge werden oft eingeholt	4 (0,5%)	3,26 (1,1)	47 (6,3%)	128 (17,1%)	291 (38,8%)	170 (22,7%)	96 (12,8%)	18 (2,4%)	0,13	,491	45

Fortsetzung

Item	Missing	M (SD)	1 = gar nicht	2 = selten	3 = ab und zu	4 = oft	5 = sehr oft	6 = immer	Schiefe	r <sub>i</sub>	P <sub>i</sub>
16 Meine Freunde machen mir ein schlechtes Gewissen	0 (0%)	1,95 (1,1)	332 (44,0%)	237 (31,4%)	116 (15,4%)	40 (5,3%)	21 (2,8%)	8 (1,1%)	1,31	<b>-,006</b>	<b>19</b>
17 Ich wünsche mir mehr praktische Hilfe durch andere	3 (0,4%)	3,16 (1,2)	57 (7,6%)	149 (19,8%)	289 (38,5%)	150 (20,0%)	85 (11,3%)	21 (2,8%)	0,24	<b>,259</b>	43
18 Ich habe Freunde oder Bekannten, mit denen ich etwas unternehme	1 (0,1%)	3,14 (1,5)	111 (14,7%)	160 (21,2%)	212 (28,2%)	123 (16,3%)	80 (10,6%)	67 (8,9%)	0,36	,571	43
19 Es gibt Personen, die dringende Besorgungen für mich übernehmen würden	1 (0,1%)	3,79 (1,5)	64 (8,5%)	91 (12,1%)	177 (23,5%)	164 (21,8%)	124 (16,5%)	133 (17,7%)	0,12	,556	56
20 Meine Verwandten machen mir ein schlechtes Gewissen	1 (0,1%)	2,61 (1,5)	243 (32,3%)	149 (19,8%)	163 (21,6%)	88 (11,7%)	75 (10,0%)	35 (4,6%)	0,61	<b>,044</b>	32
21 Wenn jemand gedrückter Stimmung ist, kann ich ihn trösten	2 (0,3%)	3,96 (1,4)	34 (4,5%)	67 (8,9%)	185 (24,6%)	189 (25,1%)	164 (21,8%)	113 (15,0%)	-0,22	,469	59
22 Freunde versuchen, mir mein Denken und meine Handlungen vorzuschreiben	0 (0%)	2,07 (1,2)	304 (40,3%)	222 (29,4%)	146 (19,4%)	44 (5,8%)	27 (3,6%)	11 (1,5%)	1,15	<b>,063</b>	21
23 Ich wünsche mir mehr Mitgefühl von anderen	0 (0%)	3,00 (1,3)	105 (13,9%)	148 (19,6%)	270 (35,8%)	129 (17,1%)	76 (10,1%)	26 (3,4%)	0,28	<b>,232</b>	40
24 Mein Freundeskreis gibt mir oft gute Hinweise	0 (0%)	3,21 (1,4)	109 (14,5%)	134 (17,8%)	206 (27,3%)	146 (19,4%)	116 (15,4%)	43 (5,7%)	0,13	,538	44
25 Sollte ich krank sein, kann mich auf andere Menschen verlassen	0 (0%)	4,06 (1,5)	37 (4,9%)	101 (13,4%)	137 (18,2%)	171 (22,7%)	121 (16,0%)	187 (24,8%)	-0,24	,509	61
26 Verwandte engen mich in meinem Lebensalltag ein	4 (0,5%)	2,59 (1,5)	223 (29,7%)	178 (23,7%)	163 (21,7%)	81 (10,8%)	79 (10,5%)	26 (3,5%)	0,63	<b>,066</b>	32
27 In meiner Gegenwart fühlen sich meine Verwandten wohl	1 (0,1%)	3,76 (1,4)	43 (5,7%)	85 (11,3%)	207 (27,5%)	190 (25,2%)	130 (17,3%)	98 (13,0%)	-0,06	,443	55
28 Ich komme mir oft als Einzelgänger oder Außenseiter vor	1 (0,1%)	3,20 (1,6)	167 (22,2%)	96 (12,7%)	180 (23,9%)	107 (14,2%)	134 (17,8%)	69 (9,2%)	0,12	-,366	44
29 Bin ich länger unterwegs, gibt es Personen, die sich um meine Wohnung kümmern	2 (0,3%)	4,27 (1,7)	75 (10,0%)	65 (8,6%)	107 (14,2%)	131 (17,4%)	85 (11,3%)	289 (38,4%)	-0,54	,470	65
30 Meine Gefühle kann ich anderen gegenüber offen zeigen	2 (0,3%)	3,03 (1,4)	87 (11,6%)	245 (32,6%)	182 (24,2%)	102 (13,6%)	72 (9,6%)	64 (8,5%)	0,60	,425	<b>19</b>

Fortsetzung

Item	Missing	M (SD)	1 = gar nicht	2 = selten	3 = ab und zu	4 = oft	5 = sehr oft	6 = immer	Schiefe	r <sub>i</sub>	P <sub>i</sub>
31 Ich könnte kurzfristig bei anderen Personen unterkommen	3 (0,4%)	3,59 (0,8)	131 (17,4%)	102 (13,6%)	149 (19,8%)	113 (15,0%)	71 (9,5%)	185 (24,6%)	0,01	,571	41
32 Persönliche Dinge kann ich mit einer vertrauten Person besprechen	0 (0%)	4,06 (1,6)	45 (6,0%)	111 (14,7%)	128 (17,0%)	145 (19,2%)	116 (15,4%)	209 (27,7%)	-0,27	,554	52
33 Beim Ausfüllen von Anträgen/ Verfassen von formellen Briefen könnte ich jemanden um Hilfe bitten	3 (0,4%)	3,98 (1,6)	53 (7,1%)	102 (13,6%)	157 (20,9%)	134 (17,8%)	105 (14,0%)	200 (26,6%)	-0,19	,457	61
34 Wenn nötig könnte ich mir Nahrungsmittel oder Haushaltsgegenstände von Bekannten borgen	2 (0,3%)	3,69 (1,7)	92 (12,2%)	103 (13,7%)	181 (24,1%)	122 (16,2%)	80 (10,6%)	174 (23,1%)	-0,01	,535	60
35 In der Nähe einer vertrauten Person fühle ich mich wohl	3 (0,4%)	4,67 (1,3)	9 (1,2%)	36 (4,8%)	91 (12,1%)	177 (23,6%)	186 (24,8%)	252 (33,6%)	-0,68	,489	54
36 Freunde und Verwandte besprechen wichtige persönliche Probleme mit mir	1 (0,1%)	3,61 (1,5)	69 (9,2%)	135 (17,9%)	167 (22,2%)	141 (18,7%)	135 (17,9%)	106 (14,1%)	0,01	,577	73

Anmerkungen. Hervorgehoben sind jeweils Trennschärfen (r<sub>i</sub>) von <,30 und ein Schwierigkeitsindex (P<sub>i</sub>) von <20 bzw. >80

Tabelle A-79

## Itemanalyse FUSA Suchttherapie (n=417)

Item	Missing	M (SD)	1 = gar nicht	2 = selten	3 = ab und zu	4 = oft	5 = sehr oft	6 = immer	Schiefe	r <sub>i</sub>	P <sub>i</sub>
1 Ich kann jederzeit auf Unterstützung durch eine vertraute Person zählen	0 (0%)	4,71 (1,4)	10 (2,4%)	29 (7,0%)	49 (11,8%)	78 (18,7%)	68 (16,3%)	183 (43,9%)	-0,81	,581	74
2 Verwandte versuchen, mir mein Denken und meine Handlungen vorzuschreiben	1 (0,2%)	2,68 (1,4)	117 (28,1%)	86 (20,7%)	93 (22,4%)	70 (16,8%)	35 (8,4%)	15 (3,6%)	0,48	<b>,192</b>	34
3 In meiner Gegenwart fühlen sich andere Menschen wohl	0 (0%)	3,88 (1,1)	7 (1,7%)	28 (6,7%)	129 (30,9%)	135 (32,4%)	81 (19,4%)	37 (8,9%)	0,05	,491	58
4 Meine Freunde reden mir bei vielen Dingen rein	2 (0,5%)	2,18 (1,1)	125 (30,1%)	157 (37,8%)	86 (20,7%)	30 (7,2%)	13 (3,1%)	4 (1,0%)	0,98	<b>,166</b>	24
5 Ich wünsche mir mehr Unterstützung	0 (0%)	3,34 (1,2)	26 (6,2%)	54 (12,9%)	186 (44,6%)	82 (19,7%)	43 (10,3%)	26 (6,2%)	0,35	<b>,089</b>	47
6 Ich gehöre einem Freundeskreis (einer Clique) an	2 (0,5%)	2,80 (1,8)	164 (39,5%)	40 (9,6%)	75 (18,1%)	49 (11,8%)	23 (5,5%)	64 (15,4%)	0,56	,455	36
7 Eine vertraute Person ist für mich gut erreichbar	5 (1,2%)	4,67 (1,5)	16 (3,9%)	32 (7,8%)	42 (10,2%)	73 (17,7%)	69 (16,7%)	180 (43,7%)	-0,87	,591	73
8 Meine Verwandten reden mir bei vielen Dingen rein	5 (1,2%)	2,62 (1,3)	92 (22,3%)	122 (29,6%)	105 (25,5%)	50 (12,1%)	31 (7,5%)	12 (2,9%)	0,65	<b>,209</b>	32
9 In meiner Gegenwart fühlen sich meine Freunde wohl	2 (0,4%)	3,99 (1,3)	18 (4,3%)	21 (5,1%)	107 (25,8%)	130 (31,3%)	79 (19,0%)	60 (14,5%)	-0,21	,601	60
10 Meine Freunde kritisieren mich zu oft	1 (0,2%)	2,40 (1,1)	88 (21,2%)	141 (33,9%)	138 (33,2%)	35 (8,4%)	9 (2,2%)	5 (1,2%)	0,65	<b>,158</b>	28
11 Ich wünsche mir mehr Hilfsbereitschaft von anderen	2 (0,5%)	3,32 (1,1)	23 (5,5%)	55 (13,3%)	181 (43,6%)	98 (23,6%)	39 (9,4%)	19 (4,6%)	0,28	<b>,257</b>	46
12 Personen aus meinem Freundeskreis betrachten das Lebens so ähnlich wie ich	1 (0,2%)	2,82 (1,6)	121 (29,1%)	72 (17,3%)	88 (21,2%)	59 (14,2%)	49 (11,8%)	27 (6,5%)	0,44	,466	36
13 Es gibt Personen, die mich mit dem Auto zu einem Termin fahren würden	2 (0,5%)	4,26 (1,5)	23 (5,5%)	36 (8,7%)	79 (19,0%)	74 (17,8%)	77 (18,6%)	126 (30,4%)	-0,46	,596	65
14 Meine Verwandten kritisieren mich zu oft	2 (0,5%)	2,84 (1,4)	79 (19,0%)	102 (24,6%)	116 (28,0%)	59 (14,2%)	41 (9,9%)	18 (4,3%)	0,47	<b>,125</b>	37
15 Meine Ratschläge werden oft eingeholt	0 (0%)	3,13 (1,0)	24 (5,8%)	77 (18,5%)	181 (43,4%)	94 (22,5%)	37 (8,9%)	4 (1,0%)	0,12	,461	43

Fortsetzung



Item	Missing	M (SD)	1 = gar nicht	2 = selten	3 = ab und zu	4 = oft	5 = sehr oft	6 = immer	Schiefe	r <sub>i</sub>	P <sub>i</sub>
16 Meine Freunde machen mir ein schlechtes Gewissen	1 (0,2%)	2,25 (1,1)	132 (31,7%)	122 (29,3%)	108 (26,0%)	35 (8,4%)	16 (3,8%)	3 (0,7%)	0,73	<b>,096</b>	25
17 Ich wünsche mir mehr praktische Hilfe durch andere	1 (0,2%)	3,21 (1,1)	26 (6,3%)	69 (16,6%)	174 (41,8%)	98 (23,6%)	38 (9,1%)	11 (2,6%)	0,19	<b>,140</b>	44
18 Ich habe Freunde oder Bekannten, mit denen ich etwas unternehme	1 (0,2%)	3,46 (1,5)	53 (12,7%)	63 (15,1%)	107 (25,7%)	78 (18,8%)	64 (15,4%)	51 (12,3%)	0,06	,558	49
19 Es gibt Personen, die dringende Besorgungen für mich übernehmen würden	2 (0,5%)	3,63 (1,6)	42 (10,1%)	65 (15,7%)	98 (23,6%)	79 (19,0%)	60 (14,5%)	71 (17,1%)	0,01	,591	53
20 Meine Verwandten machen mir ein schlechtes Gewissen	1 (0,2%)	2,74 (1,4)	101 (24,3%)	98 (23,6%)	100 (24,0%)	59 (14,2%)	41 (9,9%)	17 (4,1%)	0,50	<b>,106</b>	35
21 Wenn jemand gedrückter Stimmung ist, kann ich ihn trösten	1 (0,2%)	4,05 (1,2)	7 (1,7%)	32 (7,7%)	104 (25,0%)	121 (29,1%)	96 (23,1%)	56 (13,5%)	-0,12	,494	61
22 Freunde versuchen, mir mein Denken und meine Handlungen vorzuschreiben	2 (0,5%)	2,16 (1,2)	148 (35,7%)	132 (31,8%)	80 (19,3%)	36 (8,7%)	15 (3,6%)	4 (1,0%)	0,95	<b>,142</b>	23
23 Ich wünsche mir mehr Mitgefühl von anderen	0 (0%)	2,83 (1,2)	66 (15,8%)	93 (22,3%)	157 (37,6%)	59 (14,1%)	32 (7,7%)	10 (2,4%)	0,38	<b>,214</b>	37
24 Mein Freundeskreis gibt mir oft gute Hinweise	1 (0,2%)	3,13 (1,4)	60 (14,4%)	78 (18,8%)	122 (29,3%)	84 (20,2%)	49 (11,8%)	23 (5,5%)	0,21	,539	43
25 Sollte ich krank sein, kann mich auf andere Menschen verlassen	2 (0,5%)	4,21 (1,6)	21 (5,1%)	50 (12,0%)	65 (15,7%)	85 (20,5%)	72 (17,3%)	122 (29,4%)	-0,40	,584	64
26 Verwandte engen mich in meinem Lebensalltag ein	1 (0,2%)	2,34 (1,3)	137 (32,9%)	114 (27,4%)	92 (22,1%)	41 (9,9%)	24 (5,8%)	8 (1,9%)	0,82	<b>,134</b>	27
27 In meiner Gegenwart fühlen sich meine Verwandten wohl	2 (0,5%)	3,69 (1,4)	31 (7,5%)	45 (10,8%)	121 (29,2%)	95 (22,9%)	72 (17,3%)	51 (12,3%)	-0,05	,481	54
28 Ich komme mir oft als Einzelgänger oder Außenseiter vor	2 (0,5%)	2,80 (1,6)	128 (30,8%)	64 (15,4%)	93 (22,4%)	52 (12,5%)	47 (11,3%)	31 (7,5%)	0,47	-,366	36
29 Bin ich länger unterwegs, gibt es Personen, die sich um meine Wohnung kümmern	1 (0,2%)	4,06 (1,8)	61 (14,7%)	37 (8,9%)	52 (12,6%)	69 (16,7%)	57 (13,8%)	138 (33,3%)	-0,44	,451	61
30 Meine Gefühle kann ich anderen gegenüber offen zeigen	1 (0,2%)	3,12 (1,4)	41 (9,9%)	115 (27,6%)	114 (27,4%)	75 (18,0%)	40 (9,6%)	31 (7,5%)	0,46	,384	42

Fortsetzung

Item	Missing	M (SD)	1 = gar nicht	2 = selten	3 = ab und zu	4 = oft	5 = sehr oft	6 = immer	Schiefe	r <sub>i</sub>	P <sub>i</sub>
31 Ich könnte kurzfristig bei anderen Personen unterkommen	2 (0,5%)	3,97 (1,7)	47 (11,3%)	48 (11,6%)	80 (19,3%)	63 (15,2%)	49 (11,8%)	128 (30,8%)	-0,25	,602	59
32 Persönliche Dinge kann ich mit einer vertrauten Person besprechen	2 (0,5%)	4,22 (1,7)	31 (7,5%)	55 (13,3%)	56 (13,5%)	70 (16,9%)	56 (13,5%)	147 (35,4%)	-0,45	,524	64
33 Beim Ausfüllen von Anträgen/ Verfassen von formellen Briefen könnte ich jemanden um Hilfe bitten	3 (0,7%)	4,12 (1,6)	19 (4,6%)	53 (12,8%)	90 (21,7%)	79 (19,1%)	45 (10,9%)	128 (30,9%)	-0,20	,501	62
34 Wenn nötig könnte ich mir Nahrungsmittel oder Haushaltsgegenstände von Bekannten borgen	7 (1,7%)	3,82 (1,6)	42 (10,2%)	52 (12,7%)	88 (21,5%)	82 (20,0%)	49 (12,0%)	97 (23,7%)	-0,12	,538	56
35 In der Nähe einer vertrauten Person fühle ich mich wohl	1 (0,2%)	4,79 (1,2)	3 (0,7%)	18 (4,3%)	46 (11,1%)	86 (20,7%)	107 (25,7%)	156 (37,5%)	-0,77	,561	76
36 Freunde und Verwandte besprechen wichtige persönliche Probleme mit mir	1 (0,2%)	3,60 (1,6)	54 (13,0%)	52 (12,5%)	104 (25,0%)	71 (17,1%)	66 (15,9%)	69 (16,6%)	-0,03	,599	52

Anmerkungen. Hervorgehoben sind jeweils Trennschärfen (r<sub>i</sub>) von <,30 und ein Schwierigkeitsindex (P<sub>i</sub>) von <20 bzw. >80

Tabelle A-80

*Itemanalyse FUSA Psychosomatik/ Psychotherapie (n=412)*

Item	Missing	M (SD)	1 = gar nicht	2 = selten	3 = ab und zu	4 = oft	5 = sehr oft	6 = immer	Schiefe	r <sub>i</sub>	P <sub>i</sub>
1 Ich kann jederzeit auf Unterstützung durch eine vertraute Person zählen	1 (0,2%)	4,57 (1,4)	11 (2,7%)	27 (6,6%)	60 (14,6%)	90 (21,9%)	63 (15,3%)	160 (38,9%)	-0,63	,575	71
2 Verwandte versuchen, mir mein Denken und meine Handlungen vorzuschreiben	0 (0%)	3,03 (1,5)	91 (22,1%)	74 (18,0%)	89 (21,6%)	71 (17,2%)	65 (15,8%)	22 (5,3%)	0,21	<b>,152</b>	41
3 In meiner Gegenwart fühlen sich andere Menschen wohl	0 (0%)	3,72 (1,1)	13 (3,2%)	31 (7,5%)	141 (34,2%)	123 (29,9%)	81 (19,7%)	23 (5,6%)	-0,05	,518	54
4 Meine Freunde reden mir bei vielen Dingen rein	1 (0,2%)	2,00 (1,0)	146 (35,5%)	172 (41,8%)	57 (13,9%)	22 (5,4%)	10 (2,4%)	4 (1,0%)	1,32	<b>,146</b>	20
5 Ich wünsche mir mehr Unterstützung	0 (0%)	3,47 (1,2)	20 (4,9%)	65 (15,8%)	144 (35,0%)	89 (21,6%)	74 (18,0%)	20 (4,9%)	0,11	<b>,122</b>	49
6 Ich gehöre einem Freundeskreis (einer Clique) an	0 (0%)	2,71 (1,7)	157 (38,1%)	63 (15,3%)	61 (14,8%)	51 (12,4%)	35 (8,5%)	45 (10,9%)	0,62	,459	34
7 Eine vertraute Person ist für mich gut erreichbar	0 (0%)	4,52 (1,4)	17 (4,1%)	27 (6,6%)	51 (12,4%)	91 (22,1%)	80 (19,4%)	146 (35,4%)	-0,72	,572	70
8 Meine Verwandten reden mir bei vielen Dingen rein	3 (0,7%)	2,90 (1,5)	83 (20,3%)	103 (25,2%)	82 (20,0%)	69 (16,9%)	58 (14,2%)	14 (3,4%)	0,33	<b>,184</b>	38
9 In meiner Gegenwart fühlen sich meine Freunde wohl	1 (0,2%)	3,86 (1,3)	20 (4,9%)	29 (7,1%)	111 (27,0%)	117 (28,5%)	96 (23,4%)	38 (9,2%)	-0,26	,575	57
10 Meine Freunde kritisieren mich zu oft	0 (0%)	2,27 (1,0)	100 (24,3%)	161 (39,1%)	111 (26,9%)	25 (6,1%)	11 (2,7%)	4 (1,0%)	0,87	<b>,143</b>	25
11 Ich wünsche mir mehr Hilfsbereitschaft von anderen	0 (0%)	3,35 (1,2)	22 (5,3%)	71 (17,2%)	145 (35,2%)	105 (25,5%)	52 (12,6%)	17 (4,1%)	0,16	<b>,227</b>	47
12 Personen aus meinem Freundeskreis betrachten das Lebens so ähnlich wie ich	1 (0,2%)	2,46 (1,6)	167 (40,6%)	77 (18,7%)	62 (15,1%)	50 (12,2%)	25 (6,1%)	30 (7,3%)	0,84	,480	29
13 Es gibt Personen, die mich mit dem Auto zu einem Termin fahren würden	1 (0,2%)	4,28 (1,5)	21 (5,1%)	34 (8,3%)	86 (20,9%)	62 (15,1%)	84 (20,4%)	124 (30,2%)	-0,45	,513	66
14 Meine Verwandten kritisieren mich zu oft	1 (0,2%)	3,08 (1,5)	68 (16,5%)	95 (23,1%)	97 (23,6%)	65 (15,8%)	60 (14,6%)	26 (6,3%)	0,30	<b>,128</b>	42
15 Meine Ratschläge werden oft eingeholt	0 (0%)	3,30 (1,2)	22 (5,3%)	76 (18,4%)	157 (38,1%)	82 (19,9%)	64 (15,5%)	11 (2,7%)	0,19	,437	46

Fortsetzung

Item	Missing	M (SD)	1 = gar nicht	2 = selten	3 = ab und zu	4 = oft	5 = sehr oft	6 = immer	Schiefe	r <sub>i</sub>	P <sub>i</sub>
16 Meine Freunde machen mir ein schlechtes Gewissen	1 (0,2%)	1,98 (1,1)	164 (39,9%)	147 (35,8%)	59 (14,4%)	27 (6,6%)	12 (2,9%)	2 (0,5%)	1,17	<b>,005</b>	20
17 Ich wünsche mir mehr praktische Hilfe durch andere	0 (0%)	3,14 (1,1)	28 (6,8%)	93 (22,6%)	142 (34,5%)	97 (23,5%)	45 (10,9%)	7 (1,7%)	0,16	<b>,178</b>	43
18 Ich habe Freunde oder Bekannten, mit denen ich etwas unternehme	0 (0%)	2,99 (1,5)	73 (17,7%)	104 (25,2%)	97 (23,5%)	60 (14,6%)	48 (11,7%)	30 (7,3%)	0,43	,531	40
19 Es gibt Personen, die dringende Besorgungen für mich übernehmen würden	0 (0%)	3,66 (1,5)	29 (7,0%)	65 (15,8%)	119 (28,9%)	72 (17,5%)	58 (14,1%)	69 (16,7%)	0,11	,626	53
20 Meine Verwandten machen mir ein schlechtes Gewissen	1 (0,2%)	2,95 (1,5)	93 (22,6%)	85 (20,7%)	86 (20,9%)	66 (16,1%)	57 (13,9%)	24 (5,8%)	0,32	<b>,086</b>	39
21 Wenn jemand gedrückter Stimmung ist, kann ich ihn trösten	0 (0%)	3,95 (1,3)	19 (4,6%)	35 (8,5%)	108 (26,2%)	88 (21,4%)	109 (26,5%)	53 (12,9%)	-0,26	,384	59
22 Freunde versuchen, mir mein Denken und meine Handlungen vorzuschreiben	0 (0%)	2,03 (1,1)	160 (38,8%)	137 (33,3%)	77 (18,7%)	22 (5,3%)	14 (3,4%)	2 (0,5%)	1,08	<b>,016</b>	21
23 Ich wünsche mir mehr Mitgefühl von anderen	0 (0%)	3,05 (1,3)	57 (13,8%)	80 (19,4%)	133 (32,3%)	79 (19,2%)	54 (13,1%)	9 (2,2%)	0,14	<b>,238</b>	41
24 Mein Freundeskreis gibt mir oft gute Hinweise	1 (0,2%)	3,08 (1,3)	57 (13,9%)	80 (19,5%)	132 (32,1%)	75 (18,2%)	50 (12,2%)	17 (4,1%)	0,23	,547	42
25 Sollte ich krank sein, kann mich auf andere Menschen verlassen	0 (0%)	3,90 (1,5)	24 (5,8%)	56 (13,6%)	98 (23,8%)	82 (19,9%)	64 (15,5%)	88 (21,4%)	-0,09	,567	58
26 Verwandte engen mich in meinem Lebensalltag ein	0 (0%)	2,85 (1,5)	99 (24,0%)	88 (21,4%)	96 (23,3%)	60 (14,6%)	42 (10,2%)	27 (6,6%)	0,47	<b>,124</b>	37
27 In meiner Gegenwart fühlen sich meine Verwandten wohl	2 (0,5%)	3,55 (1,3)	27 (6,6%)	51 (12,4%)	129 (31,5%)	106 (25,9%)	67 (16,3%)	30 (7,3%)	-0,01	,389	51
28 Ich komme mir oft als Einzelgänger oder Außenseiter vor	0 (0%)	3,54 (1,6)	66 (16,0%)	51 (12,4%)	84 (20,4%)	72 (17,5%)	85 (20,6%)	54 (13,1%)	-0,11	-,382	51
29 Bin ich länger unterwegs, gibt es Personen, die sich um meine Wohnung kümmern	2 (0,5%)	4,05 (1,8)	46 (11,2%)	57 (13,9%)	55 (13,4%)	62 (15,1%)	54 (13,2%)	136 (33,2%)	-0,35	,475	61
30 Meine Gefühle kann ich anderen gegenüber offen zeigen	0 (0%)	2,66 (1,3)	67 (16,3%)	168 (40,8%)	84 (20,4%)	46 (11,2%)	27 (6,6%)	20 (4,9%)	0,91	,340	33

Fortsetzung

Item	Missing	M (SD)	1 = gar nicht	2 = selten	3 = ab und zu	4 = oft	5 = sehr oft	6 = immer	Schiefe	r <sub>i</sub>	P <sub>i</sub>
31 Ich könnte kurzfristig bei anderen Personen unterkommen	0 (0%)	3,79 (1,8)	62 (15,0%)	46 (11,2%)	85 (20,6%)	56 (13,6%)	51 (12,4%)	112 (27,2%)	-0,15	,607	56
32 Persönliche Dinge kann ich mit einer vertrauten Person besprechen	0 (0%)	3,97 (1,7)	32 (7,8%)	71 (17,2%)	66 (16,0%)	63 (15,3%)	70 (17,0%)	110 (26,7%)	-0,23	,550	59
33 Beim Ausfüllen von Anträgen/ Verfassen von formellen Briefen könnte ich jemanden um Hilfe bitten	0 (0%)	3,86 (1,7)	39 (9,5%)	52 (12,6%)	98 (23,8%)	68 (16,5%)	49 (11,9%)	106 (25,7%)	-0,11	,469	57
34 Wenn nötig könnte ich mir Nahrungsmittel oder Haushaltsgegenstände von Bekannten borgen	1 (0,2%)	3,66 (1,7)	47 (11,4%)	63 (15,3%)	104 (25,3%)	63 (15,3%)	38 (9,2%)	96 (23,4%)	0,07	,609	53
35 In der Nähe einer vertrauten Person fühle ich mich wohl	0 (0%)	4,58 (1,3)	6 (1,5%)	24 (5,8%)	59 (14,3%)	81 (19,7%)	120 (29,1%)	122 (29,6%)	-0,67	,488	72
36 Freunde und Verwandte besprechen wichtige persönliche Probleme mit mir	2 (0,5%)	3,56 (1,5)	46 (11,2%)	57 (13,9%)	105 (25,6%)	75 (18,3%)	77 (18,8%)	50 (12,2%)	-0,03	,559	51

Anmerkungen. Hervorgehoben sind jeweils Trennschärfen (r<sub>i</sub>) von <,30 und ein Schwierigkeitsindex (P<sub>i</sub>) von <20 bzw. >80

Tabelle A-81

*Itemanalyse FUSA Normalbevölkerung (N=1.278)*

Item	Missing	M (SD)	1 = gar nicht	2 = selten	3 = ab und zu	4 = oft	5 = sehr oft	6 = immer	Schiefe	r <sub>i</sub>	P <sub>i</sub>
1 Ich kann jederzeit auf Unterstützung durch eine vertraute Person zählen	7 (0,5%)	5,36 (1,0)	2 (0,2%)	21 (1,7%)	57 (4,5%)	148 (11,7%)	250 (19,7%)	791 (62,3%)	-1,58	,560	<b>87</b>
2 Verwandte versuchen, mir mein Denken und meine Handlungen vorzuschreiben	5 (0,4%)	2,04 (1,2)	511 (40,2%)	420 (33,0%)	204 (16,1%)	77 (6,1%)	32 (2,5%)	27 (2,1%)	1,32	<b>,074</b>	21
3 In meiner Gegenwart fühlen sich andere Menschen wohl	13 (1,0%)	4,57 (1,0)	4 (0,3%)	20 (1,6%)	140 (11,1%)	390 (30,9%)	408 (40,2%)	201 (15,9%)	-0,45	,484	65
4 Meine Freunde reden mir bei vielen Dingen rein	4 (0,3%)	1,71 (0,8)	586 (46,1%)	530 (41,7%)	115 (9,0%)	28 (2,2%)	10 (0,8%)	3 (0,2%)	1,44	<b>,039</b>	<b>14</b>
5 Ich wünsche mir mehr Unterstützung	8 (0,6%)	2,57 (1,1)	211 (16,6%)	397 (31,3%)	476 (37,5%)	117 (9,2%)	47 (3,7%)	20 (1,6%)	0,61	<b>,136</b>	31
6 Ich gehöre einem Freundeskreis (einer Clique) an	0 (0%)	4,52 (1,3)	12 (0,9%)	65 (5,1%)	232 (18,2%)	256 (20,1%)	366 (28,7%)	345 (27,0%)	-0,49	,560	70
7 Eine vertraute Person ist für mich gut erreichbar	5 (0,4%)	5,35 (1,0)	5 (0,4%)	21 (1,7%)	58 (4,6%)	143 (11,3%)	258 (29,3%)	786 (61,8%)	-1,65	,573	<b>87</b>
8 Meine Verwandten reden mir bei vielen Dingen rein	5 (0,4%)	2,01 (1,1)	486 (38,2%)	492 (38,7%)	167 (13,1%)	69 (5,4%)	39 (3,1%)	18 (1,4%)	1,39	<b>,090</b>	20
9 In meiner Gegenwart fühlen sich meine Freunde wohl	15 (1,2%)	4,79 (1,0)	2 (0,2%)	13 (1,0%)	108 (8,6%)	334 (26,5%)	477 (37,8%)	327 (25,9%)	-0,50	,517	76
10 Meine Freunde kritisieren mich zu oft	5 (0,4%)	1,89 (0,9)	444 (34,9%)	582 (45,8%)	203 (16,0%)	24 (1,9%)	13 (1,0%)	5 (0,4%)	1,16	<b>,017</b>	<b>18</b>
11 Ich wünsche mir mehr Hilfsbereitschaft von anderen	11 (0,9%)	2,89 (1,2)	117 (9,2%)	376 (29,7%)	472 (37,3%)	175 (13,8%)	74 (5,8%)	51 (4,0%)	0,67	<b>,229</b>	38
12 Personen aus meinem Freundeskreis betrachten das Lebens so ähnlich wie ich	7 (0,5%)	3,96 (1,1)	37 (2,9%)	78 (6,1%)	289 (22,8%)	408 (32,2%)	406 (32,0%)	51 (4,0%)	-0,54	,466	59
13 Es gibt Personen, die mich mit dem Auto zu einem Termin fahren würden	5 (0,4%)	4,96 (1,1)	13 (1,0%)	43 (3,4%)	132 (10,4%)	176 (13,8%)	343 (27,0%)	564 (44,4%)	-1,07	,473	79
14 Meine Verwandten kritisieren mich zu oft	12 (0,9%)	2,13 (1,1)	410 (32,4%)	495 (39,2%)	235 (18,6%)	59 (4,7%)	40 (3,2%)	25 (2,0%)	1,28	<b>,068</b>	23
15 Meine Ratschläge werden oft eingeholt	3 (0,2%)	3,81 (1,1)	14 (1,1%)	99 (7,8%)	416 (32,7%)	389 (30,6%)	291 (22,9%)	64 (5,0%)	0,02	,459	56

Fortsetzung

Item	Missing	M (SD)	1 = gar nicht	2 = selten	3 = ab und zu	4 = oft	5 = sehr oft	6 = immer	Schiefe	r <sub>i</sub>	P <sub>i</sub>
16 Meine Freunde machen mir ein schlechtes Gewissen	7 (0,5%)	1,64 (0,8)	670 (52,8%)	450 (35,5%)	109 (8,6%)	24 (1,9%)	11 (0,9%)	5 (0,4%)	1,72	<b>,056</b>	<b>13</b>
17 Ich wünsche mir mehr praktische Hilfe durch andere	4 (0,3%)	2,69 (1,0)	128 (10,1%)	428 (33,6%)	505 (39,7%)	148 (11,6%)	42 (3,3%)	21 (1,7%)	0,63	<b>,201</b>	34
18 Ich habe Freunde oder Bekannten, mit denen ich etwas unternehme	10 (0,8%)	4,16 (1,7)	151 (11,9%)	113 (8,9%)	160 (12,6%)	214 (16,9%)	213 (16,8%)	415 (32,8%)	-0,53	,399	63
19 Es gibt Personen, die dringende Besorgungen für mich übernehmen würden	3 (0,2%)	4,73 (1,4)	31 (2,4%)	64 (5,0%)	160 (12,6%)	207 (16,3%)	309 (24,3%)	502 (39,4%)	-0,89	,586	75
20 Meine Verwandten machen mir ein schlechtes Gewissen	9 (0,7%)	1,90 (1,1)	574 (45,3%)	411 (32,4%)	177 (14,0%)	58 (4,6%)	29 (2,3%)	18 (1,4%)	1,47	<b>,052</b>	<b>18</b>
21 Wenn jemand gedrückter Stimmung ist, kann ich ihn trösten	3 (0,2%)	4,43 (1,1)	9 (0,7%)	45 (3,5%)	213 (16,7%)	364 (28,6%)	409 (32,1%)	233 (18,3%)	-0,38	,424	69
22 Freunde versuchen, mir mein Denken und meine Handlungen vorzuschreiben	5 (0,4%)	1,63 (0,8)	675 (53,1%)	449 (35,3%)	108 (8,5%)	25 (2,0%)	8 (0,6%)	6 (0,5%)	1,74	<b>,004</b>	<b>13</b>
23 Ich wünsche mir mehr Mitgefühl von anderen	7 (0,5%)	2,61 (1,2)	212 (16,7%)	423 (33,3%)	405 (31,9%)	135 (10,6%)	66 (5,2%)	28 (2,2%)	0,70	<b>,196</b>	32
24 Mein Freundeskreis gibt mir oft gute Hinweise	5 (0,4%)	3,91 (1,2)	30 (2,4%)	92 (7,2%)	386 (30,4%)	328 (25,8%)	327 (25,7%)	108 (8,5%)	-0,12	,489	58
25 Sollte ich krank sein, kann mich auf andere Menschen verlassen	2 (0,2%)	5,10 (1,2)	12 (0,9%)	35 (2,7%)	83 (6,5%)	206 (16,2%)	284 (22,3%)	654 (51,3%)	-1,26	,480	<b>82</b>
26 Verwandte engen mich in meinem Lebensalltag ein	11 (0,9%)	2,08 (1,1)	463 (36,6%)	438 (34,6%)	240 (19,0%)	71 (5,6%)	35 (2,8%)	18 (1,4%)	1,18	<b>,049</b>	22
27 In meiner Gegenwart fühlen sich meine Verwandten wohl	23 (1,8%)	4,68 (1,1)	11 (0,9%)	29 (2,3%)	125 (10,0%)	339 (27,1%)	425 (33,9%)	324 (25,9%)	-0,67	,392	74
28 Ich komme mir oft als Einzelgänger oder Außenseiter vor	6 (0,5%)	1,82 (1,1)	690 (54,3%)	281 (22,1%)	196 (15,4%)	53 (4,2%)	37 (2,9%)	13 (1,0%)	1,46	<b>-,264</b>	<b>16</b>
29 Bin ich länger unterwegs, gibt es Personen, die sich um meine Wohnung kümmern	7 (0,5%)	4,83 (1,4)	47 (3,7%)	60 (4,7%)	141 (11,1%)	170 (13,4%)	247 (19,5%)	604 (47,6%)	-1,08	,419	77
30 Meine Gefühle kann ich anderen gegenüber offen zeigen	3 (0,2%)	3,91 (1,3)	34 (2,7%)	160 (12,6%)	332 (26,1%)	305 (24,0%)	248 (19,5%)	194 (15,2%)	-0,03	,407	58
31 Ich könnte kurzfristig bei anderen Personen unterkommen	7 (0,5%)	4,79 (1,3)	30 (2,4%)	56 (4,4%)	153 (12,1%)	214 (16,9%)	274 (21,6%)	542 (42,7%)	-0,93	<b>,056</b>	76

Fortsetzung

Item	Missing	M (SD)	1 = gar nicht	2 = selten	3 = ab und zu	4 = oft	5 = sehr oft	6 = immer	Schiefe	r <sub>i</sub>	P <sub>i</sub>
32 Persönliche Dinge kann ich mit einer vertrauten Person besprechen	2 (0,2%)	5,22 (1,1)	9 (0,7%)	29 (2,3%)	86 (6,8%)	161 (12,6%)	252 (19,8%)	737 (57,8%)	-1,44	,556	<b>84</b>
33 Beim Ausfüllen von Anträgen/ Verfassen von formellen Briefen könnte ich jemanden um Hilfe bitten	1 (0,1%)	4,51 (1,6)	63 (4,9%)	118 (9,3%)	165 (12,9%)	194 (15,2%)	229 (18,0%)	506 (39,7%)	-0,71	,531	70
34 Wenn nötig könnte ich mir Nahrungsmittel oder Haushaltsgegenstände von Bekannten borgen	8 (0,6%)	4,87 (1,3)	18 (1,4%)	55 (4,3%)	169 (13,3%)	187 (14,7%)	245 (19,3%)	594 (46,8%)	-0,92	,408	77
35 In der Nähe einer vertrauten Person fühle ich mich wohl	6 (0,5%)	5,32 (0,9)	5 (0,4%)	16 (1,3%)	38 (3,0%)	170 (13,4%)	326 (25,7%)	715 (56,3%)	-1,52	,560	<b>86</b>
36 Freunde und Verwandte besprechen wichtige persönliche Probleme mit mir	7 (0,5%)	4,53 (1,2)	15 (1,2%)	64 (5,0%)	192 (15,1%)	261 (20,6%)	436 (34,4%)	301 (23,7%)	-0,63	,532	71

Anmerkungen. Hervorgehoben sind jeweils Trennschärfen (r<sub>i</sub>) von <,30 und ein Schwierigkeitsindex (P<sub>i</sub>) von <20 bzw. >80



Tabelle A-82

*Itemanalyse FUSA Studierende Retest nach 7 Tagen (n=171)*

Item	Missing	M (SD)	1 = gar nicht	2 = selten	3 = ab und zu	4 = oft	5 = sehr oft	6 = immer	Schiefe	r <sub>i</sub>	P <sub>i</sub>
1 Ich kann jederzeit auf Unterstützung durch eine vertraute Person zählen	1 (0,6%)	5,29 (0,9)	-	1 (0,6%)	9 (5,3%)	19 (11,2%)	52 (30,6%)	89 (52,4%)	-1,23	,646	<b>86</b>
2 Verwandte versuchen, mir mein Denken und meine Handlungen vorzuschreiben	1 (0,6%)	1,88 (1,1)	82 (48,2%)	48 (28,2%)	27 (15,9%)	5 (2,9%)	8 (4,7%)	-	1,29	<b>,097</b>	<b>18</b>
3 In meiner Gegenwart fühlen sich andere Menschen wohl	0 (0%)	4,27 (0,8)	-	2 (1,2%)	25 (14,6%)	81 (47,4%)	50 (29,2%)	13 (7,6%)	0,09	,545	65
4 Meine Freunde reden mir bei vielen Dingen rein	1 (0,6%)	1,71 (0,82)	77 (45,3%)	74 (43,5%)	12 (7,1%)	5 (2,9%)	2 (1,2%)	-	1,43	<b>,078</b>	<b>14</b>
5 Ich wünsche mir mehr Unterstützung	2 (1,2%)	2,89 (0,9)	8 (4,7%)	41 (24,3%)	94 (55,6%)	15 (8,9%)	10 (5,9%)	1 (0,6%)	0,53	<b>,176</b>	38
6 Ich gehöre einem Freundeskreis (einer Clique) an	0 (0%)	4,48 (1,4)	4 (2,3%)	10 (5,8%)	29 (17,0%)	36 (21,1%)	41 (24,0%)	51 (29,8%)	-0,56	,498	70
7 Eine vertraute Person ist für mich gut erreichbar	2 (1,2%)	5,32 (1,0)	-	2 (1,2%)	10 (5,9%)	21 (12,4%)	35 (20,7%)	101 (59,8%)	-1,36	,617	<b>86</b>
8 Meine Verwandten reden mir bei vielen Dingen rein	1 (0,6%)	2,02 (1,1)	66 (38,8%)	62 (36,5%)	23 (13,5%)	10 (5,9%)	9 (5,3%)	-	1,15	<b>,193</b>	20
9 In meiner Gegenwart fühlen sich meine Freunde wohl	2 (1,2%)	4,60 (1,0)	2 (1,2%)	2 (1,2%)	13 (7,7%)	55 (32,5%)	70 (41,4%)	27 (16,0%)	-0,76	,655	72
10 Meine Freunde kritisieren mich zu oft	1 (0,6%)	1,93 (0,8)	54 (31,8%)	79 (46,5%)	33 (19,4%)	3 (1,8%)	1 (0,6%)	-	0,63	<b>,070</b>	<b>19</b>
11 Ich wünsche mir mehr Hilfsbereitschaft von anderen	2 (1,2%)	3,21 (0,9)	5 (3,0%)	25 (14,8%)	84 (49,7%)	42 (24,9%)	10 (5,9%)	3 (1,8%)	0,32	,366	44
12 Personen aus meinem Freundeskreis betrachten das Lebens so ähnlich wie ich	2 (1,2%)	3,92 (1,0)	3 (1,8%)	9 (5,3%)	43 (25,4%)	59 (34,9%)	54 (32,0%)	1 (0,6%)	-0,59	,495	58
13 Es gibt Personen, die mich mit dem Auto zu einem Termin fahren würden	1 (0,6%)	4,76 (1,1)	1 (0,6%)	6 (3,5%)	20 (11,8%)	30 (17,6%)	61 (35,9%)	52 (30,6%)	-0,81	,594	75
14 Meine Verwandten kritisieren mich zu oft	1 (0,6%)	2,08 (1,1)	56 (32,9%)	69 (40,6%)	30 (17,6%)	7 (4,1%)	6 (3,5%)	2 (1,2%)	1,27	<b>,083</b>	22
15 Meine Ratschläge werden oft eingeholt	1 (0,6%)	3,95 (0,9)	2 (1,2%)	5 (2,9%)	47 (27,6%)	67 (39,4%)	43 (25,3%)	6 (3,5%)	-0,20	,515	59

Fortsetzung

Item	Missing	M (SD)	1 = gar nicht	2 = selten	3 = ab und zu	4 = oft	5 = sehr oft	6 = immer	Schiefe	r <sub>i</sub>	P <sub>i</sub>
16 Meine Freunde machen mir ein schlechtes Gewissen	1 (0,6%)	1,64 (0,8)	91 (53,5%)	55 (32,4%)	20 (11,8%)	3 (1,8%)	-	1 (0,6%)	1,57	<b>,030</b>	<b>13</b>
17 Ich wünsche mir mehr praktische Hilfe durch andere	1 (0,6%)	3,06 (0,8)	4 (2,4%)	33 (19,4%)	92 (54,1%)	32 (18,8%)	8 (4,7%)	1 (0,6%)	0,36	,390	41
18 Ich habe Freunde oder Bekannten, mit denen ich etwas unternehme	1 (0,6%)	4,69 (1,1)	1 (0,6%)	3 (1,8%)	23 (13,5%)	37 (21,8%)	62 (36,5%)	44 (25,9%)	-0,62	,607	74
19 Es gibt Personen, die dringende Besorgungen für mich übernehmen würden	1 (0,6%)	4,86 (1,1)	1 (0,6%)	6 (3,5%)	12 (7,1%)	37 (21,8%)	54 (31,8%)	60 (35,3%)	-0,91	,621	77
20 Meine Verwandten machen mir ein schlechtes Gewissen	1 (0,6%)	1,95 (1,1)	70 (41,2%)	64 (37,6%)	20 (11,8%)	9 (5,3%)	5 (2,9%)	2 (1,2%)	1,45	<b>,181</b>	<b>19</b>
21 Wenn jemand gedrückter Stimmung ist, kann ich ihn trösten	1 (0,6%)	4,35 (1,0)	2 (1,2%)	2 (1,2%)	25 (14,7%)	64 (37,6%)	59 (34,7%)	18 (10,5%)	-0,45	,583	67
22 Freunde versuchen, mir mein Denken und meine Handlungen vorzuschreiben	1 (0,6%)	1,56 (0,7)	90 (52,9%)	67 (39,4%)	12 (7,1%)	-	1 (0,6%)	-	1,28	<b>,057</b>	<b>11</b>
23 Ich wünsche mir mehr Mitgefühl von anderen	2 (1,2%)	2,96 (1,1)	16 (9,5%)	39 (23,1%)	69 (40,8%)	26 (15,4%)	18 (10,7%)	1 (0,6%)	0,23	<b>,288</b>	39
24 Mein Freundeskreis gibt mir oft gute Hinweise	1 (0,6%)	3,86 (1,1)	2 (1,2%)	16 (9,4%)	43 (25,3%)	60 (35,3%)	41 (24,1%)	8 (4,7%)	-0,18	,489	57
25 Sollte ich krank sein, kann mich auf andere Menschen verlassen	0 (0%)	5,02 (1,0)	1 (0,6%)	1 (0,6%)	12 (7,0%)	35 (20,5%)	52 (30,4%)	70 (40,9%)	-0,91	,648	<b>80</b>
26 Verwandte engen mich in meinem Lebensalltag ein	1 (0,6%)	1,94 (1,0)	69 (40,6%)	60 (35,3%)	29 (17,1%)	8 (4,7%)	3 (1,8%)	1 (0,6%)	1,18	<b>,059</b>	<b>19</b>
27 In meiner Gegenwart fühlen sich meine Verwandten wohl	2 (1,2%)	4,50 (1,0)	-	5 (3,0%)	18 (10,7%)	58 (34,3%)	64 (37,9%)	24 (14,2%)	-0,37	,458	70
28 Ich komme mir oft als Einzelgänger oder Außenseiter vor	1 (0,6%)	2,04 (1,2)	74 (43,5%)	45 (26,5%)	32 (18,8%)	10 (5,9%)	7 (4,1%)	2 (1,2%)	1,15	-,349	21
29 Bin ich länger unterwegs, gibt es Personen, die sich um meine Wohnung kümmern	1 (0,6%)	4,52 (1,3)	6 (3,5%)	7 (4,1%)	23 (13,5%)	41 (24,1%)	42 (24,7%)	51 (30,0%)	-0,73	,542	70
30 Meine Gefühle kann ich anderen gegenüber offen zeigen	1 (0,6%)	3,86 (1,2)	3 (1,8%)	18 (10,6%)	43 (25,3%)	59 (34,7%)	30 (17,6%)	17 (10,0%)	-0,01	,476	57
31 Ich könnte kurzfristig bei anderen Personen unterkommen	1 (0,6%)	4,87 (1,1)	1 (0,6%)	2 (1,2%)	19 (11,2%)	32 (18,8%)	58 (34,1%)	58 (34,1%)	-0,79	,625	77

Fortsetzung

Item	Missing	M (SD)	1 = gar nicht	2 = selten	3 = ab und zu	4 = oft	5 = sehr oft	6 = immer	Schiefe	$r_i$	$P_i$
32 Persönliche Dinge kann ich mit einer vertrauten Person besprechen	0 (0%)	5,15 (1,1)	1 (0,6%)	5 (2,9%)	8 (4,7%)	26 (15,2%)	44 (25,7%)	87 (50,9%)	-1,35	,636	<b>83</b>
33 Beim Ausfüllen von Anträgen/ Verfassen von formellen Briefen könnte ich jemanden um Hilfe bitten	2 (1,2%)	4,75 (1,2)	1 (0,6%)	7 (4,1%)	20 (11,8%)	34 (20,1%)	51 (30,2%)	56 (33,1%)	-0,74	,607	75
34 Wenn nötig könnte ich mir Nahrungsmittel oder Haushaltsgegenstände von Bekannten borgen	1 (0,6%)	4,92 (1,1)	1 (0,6%)	4 (2,4%)	15 (8,8%)	34 (20,0%)	50 (29,4%)	66 (38,8%)	-0,89	,646	78
35 In der Nähe einer vertrauten Person fühle ich mich wohl	1 (0,6%)	5,29 (0,8)	-	1 (0,6%)	6 (3,5%)	16 (9,4%)	67 (39,4%)	80 (47,1%)	-1,22	,555	<b>86</b>
36 Freunde und Verwandte besprechen wichtige persönliche Probleme mit mir	1 (0,6%)	4,51 (1,1)	2 (1,2%)	5 (2,9%)	23 (13,5%)	47 (27,6%)	61 (35,9%)	32 (18,8%)	-0,60	,459	70

Anmerkungen. Hervorgehoben sind jeweils Trennschärfen ( $r_i$ ) von  $<,30$  und ein Schwierigkeitsindex ( $P_i$ ) von  $<20$  bzw.  $>80$

Tabelle A-83

*Geschlechtsunterschiede FEB Bevölkerung*

Variable	UNSI	DEPR	ANGS	KÖRP	Σ FEB-28
	t=-1,28 df=1.274 p=0,20	t=-2,84 df=1.274 p<0,01	t=-3,20 df=1.177 p<0,01	t=-4,89 df=1.139 p<0,001	t=-3,68 df=1.274 p<0,001
d	-0,07	-0,16	-0,18	<u>-0,28</u>	-0,22
Männer (N=502)	1,71 (0,7)	1,83 (0,7)	1,23 (0,5)	1,83 (0,7)	1,65 (0,5)
Frauen (N=774)	1,76 (0,7)	1,94 (0,7)	1,33 (0,6)	2,04 (0,8)	1,77 (0,6)

Anmerkungen.  $d \geq 0,2$  = kleiner Effekt,  $d \geq 0,5$  = mittlerer Effekt,  $d \geq 0,8$  = großer Effekt.  
Der höchste ermittelte Effekt ist unterstrichen.

Tabelle A-84

*Alterseffekte FEB Bevölkerung*

Variable	UNSI	DEPR	ANGS	KÖRP	Σ FEB-28
r (d)	-0,08** (-0,16)	<u>-0,09** (-0,18)</u>	-0,01 (-0,02)	<u>0,09** (0,18)</u>	-0,03 (0,06)

Anmerkungen.  $d = \frac{2r}{\sqrt{1-r^2}}$ ;  $d \geq 0,2$  = kleiner Effekt,  $d \geq 0,5$  = mittlerer Effekt,  $d \geq 0,8$  = großer Effekt; Der höchste ermittelte Effekt ist unterstrichen.

Tabelle A-85

*Korrelationen FEB in der Bevölkerung*

Skalen		UNSI	DEPR	ANGS	KÖRP	Σ FEB-28
<b>TICS-Screening</b>	r	,60**	,63**	,32**	,45**	,63**
	d	<b>1,50</b>	<b>1,62</b>	0,68	<b>1,01</b>	<b>1,62</b>
<b>SCL-90-R</b>						
Somatisierung	r	,50**	,57**	,54**	,80**	,72**
	d	<b>1,15</b>	<b>1,39</b>	<b>1,28</b>	<b>2,67</b>	<b>2,08</b>
Zwanghaftigkeit	r	,70**	,75**	,56**	,52**	,75**
	d	<b>1,96</b>	<b>2,27</b>	<b>1,35</b>	<b>1,22</b>	<b>2,27</b>
Unsicherheit im Sozialkontakt	r	,77**	,67**	,59**	,50**	,74**
	d	<b>2,41</b>	<b>1,81</b>	<b>1,46</b>	<b>1,15</b>	<b>2,20</b>
Depressivität	r	,70**	,78**	,57**	,54**	,76**
	d	<b>1,96</b>	<b>2,49</b>	<b>1,39</b>	<b>1,28</b>	<b>2,34</b>
Ängstlichkeit	r	,67**	,66**	,68**	,54**	,75**
	d	<b>1,81</b>	<b>1,76</b>	<b>1,85</b>	<b>1,28</b>	<b>2,27</b>
Aggressivität	r	,62**	,55**	,51**	,49**	,64**
	d	<b>1,58</b>	<b>1,32</b>	<b>1,19</b>	<b>1,12</b>	<b>1,67</b>
Phobische Angst	r	,53**	,49**	,80**	,40**	,63**
	d	<b>1,25</b>	<b>1,12</b>	<b>2,67</b>	<b>0,87</b>	<b>1,62</b>
Paranoides Denken	r	,80**	,62**	,53**	,47**	,71**
	d	<b>2,67</b>	<b>1,58</b>	<b>1,25</b>	<b>1,06</b>	<b>2,02</b>
Psychotizismus	r	,72**	,64**	,64**	,53**	,74**
	d	<b>2,08</b>	<b>1,67</b>	<b>1,67</b>	<b>1,25</b>	<b>2,20</b>
General Severity Index	r	,81**	,77**	,70**	,62**	,85**
	d	<b>2,76</b>	<b>2,41</b>	<b>1,96</b>	<b>1,58</b>	<b>3,23</b>

Anmerkungen.  $d \geq 0,2$  = kleiner Effekt,  $d \geq 0,5$  = mittlerer Effekt,  $d \geq 0,8$  = großer Effekt.  
Große Effekte sind fett hervorgehoben. Der höchste ermittelte Effekt ist unterstrichen.  
TICS n=683; SCL-90-R n=385, \* p<0,05; \*\* p<0,01.

Tabelle A-86

*Geschlechtsunterschiede FEVE Bevölkerung*

Variable	Stressbelastung	Soziale Unsicherheit	Suizidalität	Σ FEVE-15
	t=-3,53 df=1141 p<0,001	t=-2,08 df=1154 p<0,001	t=-5,55 df=1178 p<0,001	t=-4,27 df=1159 p<0,001
d	-0,20	-0,11	<u>-0,31</u>	-0,23
Männer (n=502)	1,96 (0,8)	1,43 (0,6)	1,38 (0,6)	1,59 (0,6)
Frauen (n=774)	2,13 (0,9)	1,50 (0,7)	1,58 (0,7)	1,74 (0,7)

Anmerkungen.  $d \geq 0,2$  = kleiner Effekt,  $d \geq 0,5$  = mittlerer Effekt,  $d \geq 0,8$  = großer Effekt. Der höchste ermittelte Effekt ist unterstrichen.

Tabelle A-87

*Alterseffekte FEVE Bevölkerung*

Variable	Stressbelastung	Soziale Unsicherheit	Suizidalität	Σ FEVE-15
r (d)	-,19** (-0,39)	-,20** (-0,41)	-,16** (-0,32)	<u>-,21** (-0,43)</u>

Anmerkungen.  $d = \frac{2r}{\sqrt{1-r^2}}$ ;  $d \geq 0,2$  = kleiner Effekt,  $d \geq 0,5$  = mittlerer Effekt,  $d \geq 0,8$  = großer Effekt; Der höchste ermittelte Effekt ist unterstrichen.

Tabelle A-88

*Korrelationen FEVE in der Bevölkerung*

Skalen		Stressbelastung	Soziale Unsicherheit	Suizidalität	Σ FEVE-15
<b>TICS-Screening</b>	r	,59**	,47**	,49**	,60**
	d	<b>1,46</b>	<b>1,06</b>	<b>1,12</b>	<b>1,50</b>
<b>SCL-90-R</b>					
Somatisierung	r	,56**	,44**	,46**	,56**
	d	<b>1,35</b>	<b>0,98</b>	<b>1,04</b>	<b>1,35</b>
Zwanghaftigkeit	r	,75**	,68**	,64**	,79**
	d	<b>2,27</b>	<b>1,85</b>	<b>1,67</b>	<b>2,58</b>
Unsicherheit im Sozialkontakt	r	,67**	,78**	,65**	,79**
	d	<b>1,81</b>	<b>2,49</b>	<b>1,71</b>	<b>2,58</b>
Depressivität	r	,78**	,69**	,72**	,83**
	d	<b>2,49</b>	<b>1,91</b>	<b>2,08</b>	<b>2,98</b>
Ängstlichkeit	r	,70**	,66**	,67**	,77**
	d	<b>1,96</b>	<b>1,76</b>	<b>1,81</b>	<b>2,41</b>
Aggressivität	r	,61**	,65**	,72**	,74**
	d	<b>1,54</b>	<b>1,71</b>	<b>2,08</b>	<b>2,20</b>
Phobische Angst	r	,43**	,55**	,52**	,56**
	d	<b>0,95</b>	<b>1,32</b>	<b>1,22</b>	<b>1,35</b>
Paranoides Denken	r	,64**	,66**	,57**	,71**
	d	<b>1,67</b>	<b>1,76</b>	<b>1,39</b>	<b>2,02</b>
Psychotizismus	r	,63**	,75**	,68**	,77**
	d	<b>1,62</b>	<b>2,27</b>	<b>1,85</b>	<b>2,41</b>
General Severity Index	r	,79**	,79**	,76**	,88**
	d	<b>2,58</b>	<b>2,58</b>	<b>2,34</b>	<b><u>3,71</u></b>

Anmerkungen.  $d \geq 0,2$  = kleiner Effekt,  $d \geq 0,5$  = mittlerer Effekt,  $d \geq 0,8$  = großer Effekt. Große Effekte sind fett hervorgehoben. Der höchste ermittelte Effekt ist unterstrichen. TICS n=683; SCL-90-R n=385, \* p<0,05; \*\* p<0,01.

Tabelle A-89

*Geschlechtsunterschiede FEIV Bevölkerung*

Variable		Positive Zuwendung	Eigene Abgrenzung
		t=-6,69 df=1274 p<0,001	t=3,68 df=1027 p<0,001
		<u>-0,37</u>	0,21
Männer (N=502)	M (SD)	3,97 (0,8)	3,82 (0,8)
Frauen (N=774)	M (SD)	4,27 (0,8)	3,65 (0,8)

Anmerkungen.  $d \geq 0,2$  = kleiner Effekt,  $d \geq 0,5$  = mittlerer Effekt,  $d \geq 0,8$  = großer Effekt.  
Der höchste ermittelte Effekt ist unterstrichen.

Tabelle A-90

*Alterseffekte FEIV Bevölkerung*

Variable	Positive Zuwendung	Eigene Abgrenzung
r (d)	-,04 (-0,08)	<u>-,15** (-0,30)</u>

Anmerkungen.  $d = \frac{2r}{\sqrt{1-r^2}}$ ;  $d \geq 0,2$  = kleiner Effekt,  $d \geq 0,5$  = mittlerer Effekt,  $d \geq 0,8$  = großer Effekt; Der höchste ermittelte Effekt ist unterstrichen.

Tabelle A-91

*Korrelationen FEIV in der Bevölkerung*

Skalen		Positive Zuwendung	Eigene Abgrenzung
<b>Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-C)</b>			
PA - zu autokratisch/dominant	r	-,15**	,12**
	d	-0,30	0,24
BC - zu streitsüchtig/konkurrierend	r	-,30**	-,01
	d	-0,63	-0,02
DE - zu abweisend/kalt	r	<b>-,42**</b>	-,22**
	d	<b>-0,93</b>	-0,45
FG - zu introvertiert/sozial vermeidend	r	<b>-,48**</b>	-,35**
	d	<b>-1,09</b>	-0,75
HI - zu unterwürfig/selbstunsicher	r	-,24**	<b>-,49**</b>
	d	0,49	<b>1,12</b>
JK - zu ausnutzbar/nachgiebig	r	-,09*	<b>-,41**</b>
	d	0,18	<b>0,90</b>
LM- zu fürsorglich/freundlich	r	,01	-,29**
	d	0,02	0,61
NO - zu expressiv/aufdringlich	r	,03	-,05
	d	0,06	-0,10
IIP-Gesamtwert	r	-,28**	-,31**
	d	-0,58	-0,65

Anmerkungen.  $d \geq 0,2$  = kleiner Effekt,  $d \geq 0,5$  = mittlerer Effekt,  $d \geq 0,8$  = großer Effekt.  
Große Effekte sind fett hervorgehoben. Der höchste ermittelte Effekt ist unterstrichen. IIP-C n=583; \* p < 0,05, \*\* p < 0,01.

Tabelle A-92

*Geschlechtsunterschiede FUSA Bevölkerung*

Variable	Soziale Unterstützung	
	t=-5,18 df=1015 p<0,001	
	d	-0,29
Männer (N=502)	M (SD)	4,34 (0,8)
Frauen (N=774)	M (SD)	4,56 (0,7)

Anmerkungen.  $d \geq 0,2$  = kleiner Effekt,  $d \geq 0,5$  = mittlerer Effekt,  $d \geq 0,8$  = großer Effekt.

Tabelle A-93

*Alterseffekte FUSA Bevölkerung*

Variable	Soziale Unterstützung
r (d)	-,12** (0,24)

Anmerkungen.  $d = \frac{2r}{\sqrt{1-r^2}}$ ;  $d \geq 0,2$  = kleiner Effekt,  $d \geq 0,5$  = mittlerer Effekt,  $d \geq 0,8$  = großer Effekt.

Tabelle A-94

*Korrelationen FUSA in der Bevölkerung*

Skalen	Soziale Unterstützung	
Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-SozU)		
Emotionale Unterstützung	r	,71**
	d	2,02
Praktische Unterstützung	r	,74**
	d	2,20
Soziale Integration	r	,64**
	d	1,67
Soziale Belastungen	r	-,45**
	d	-1,01
Wahrgenommene soziale Unterstützung	r	,78**
	d	<u>2,49</u>
Reziprozität	r	,55**
	d	1,32
Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung	r	,40**
	d	0,87
Vertrauensperson	r	,60**
	d	1,50

Anmerkungen.  $d \geq 0,2$  = kleiner Effekt,  $d \geq 0,5$  = mittlerer Effekt,  $d \geq 0,8$  = großer Effekt. Große Effekte sind fett hervorgehoben. Der höchste ermittelte Effekt ist unterstrichen. F-SozU n=383; \* p < 0,05, \*\* p < 0,01.

## Abbildungen

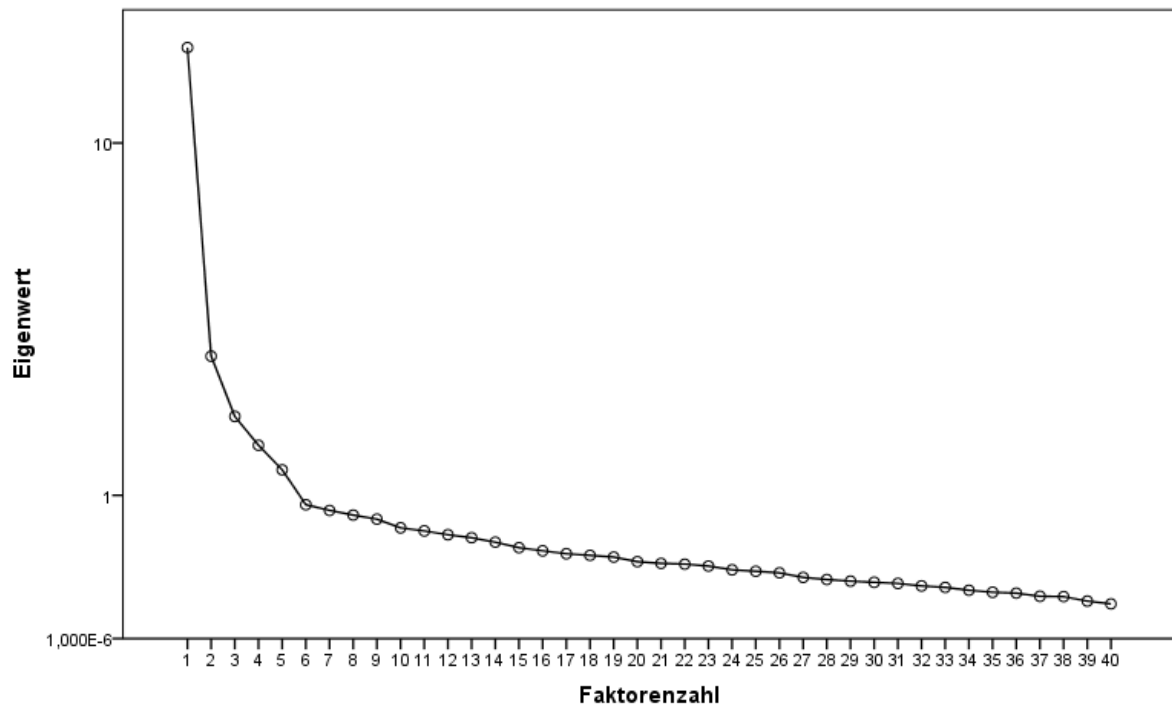


Abbildung A-13

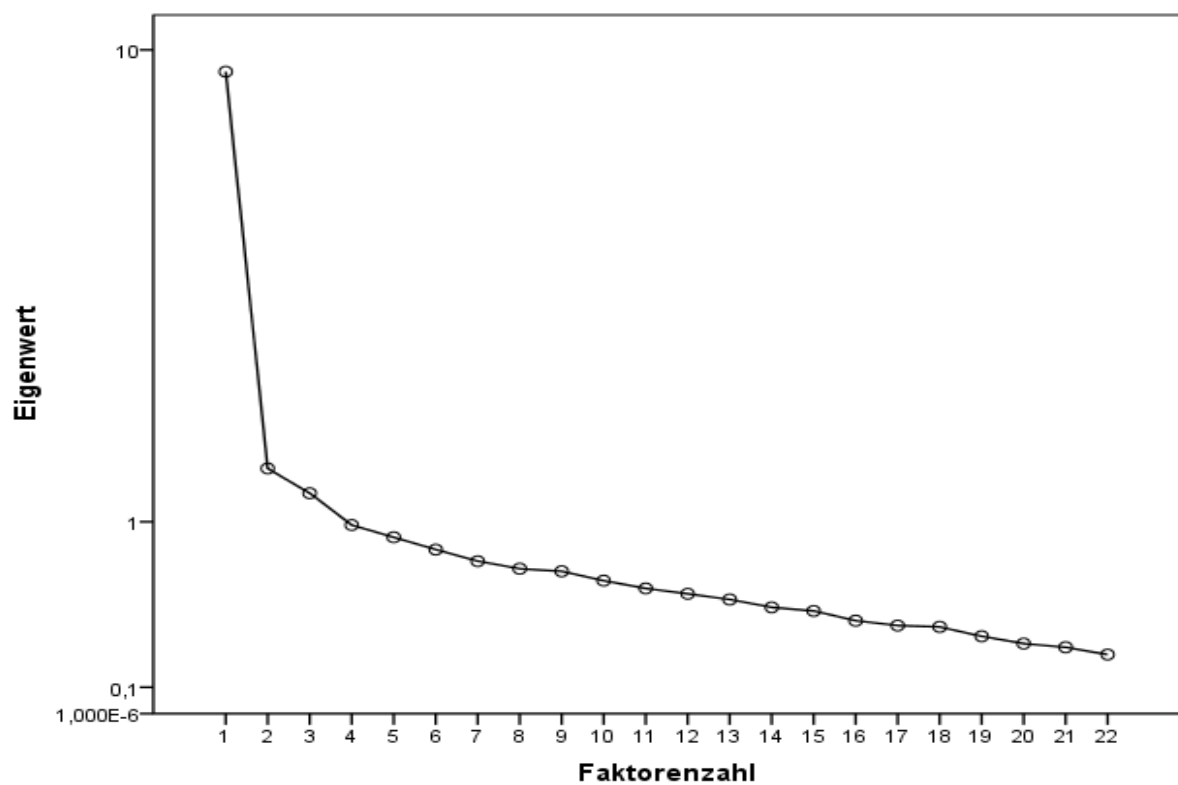
*Scree-Plot FEB Zufallsstichprobe A (n=825), logarithmisch*

Abbildung A-14

*Scree-Plot FEVE Zufallsstichprobe A (n=799), logarithmisch*



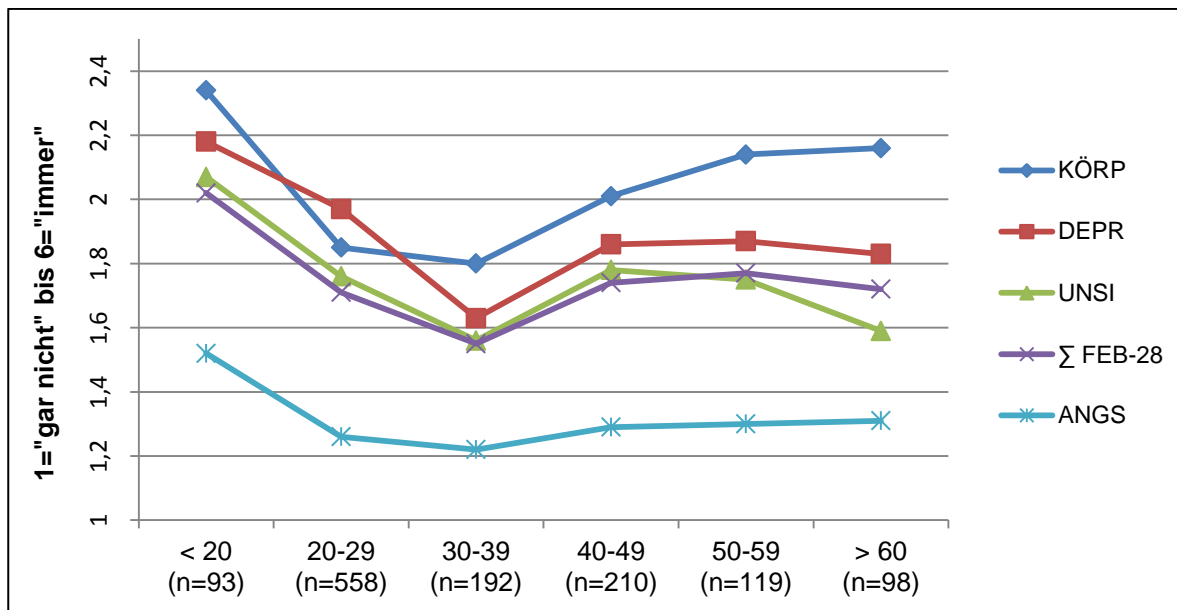


Abbildung A-15

Profildarstellung FEB nach Altersgruppen, Bevölkerung

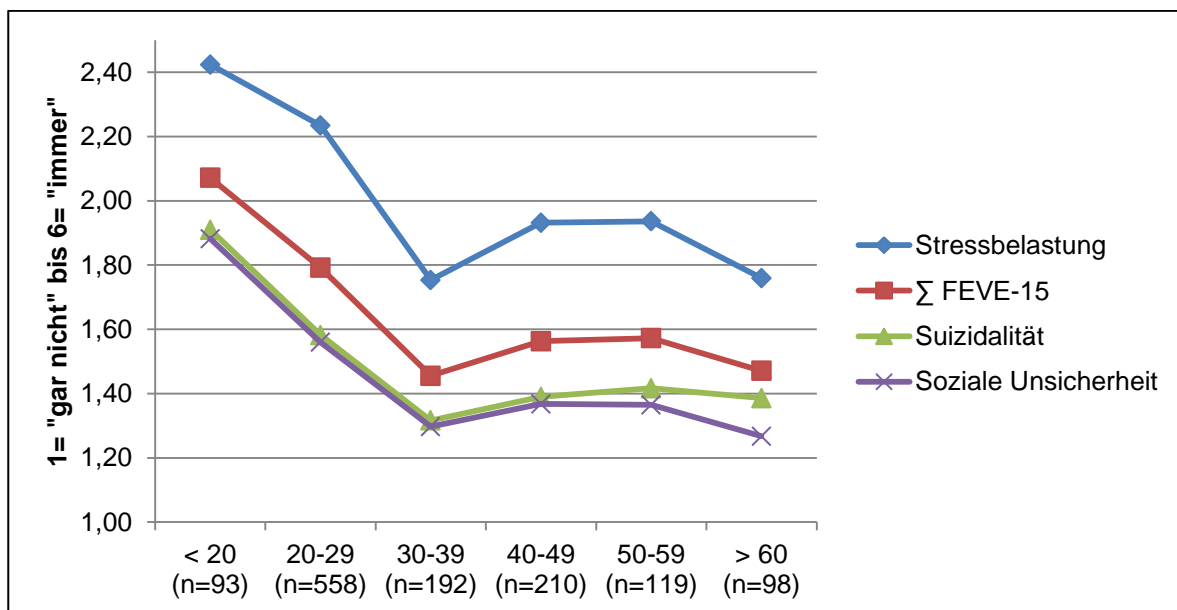


Abbildung A-16

Profildarstellung FEVE nach Altersgruppen, Bevölkerung

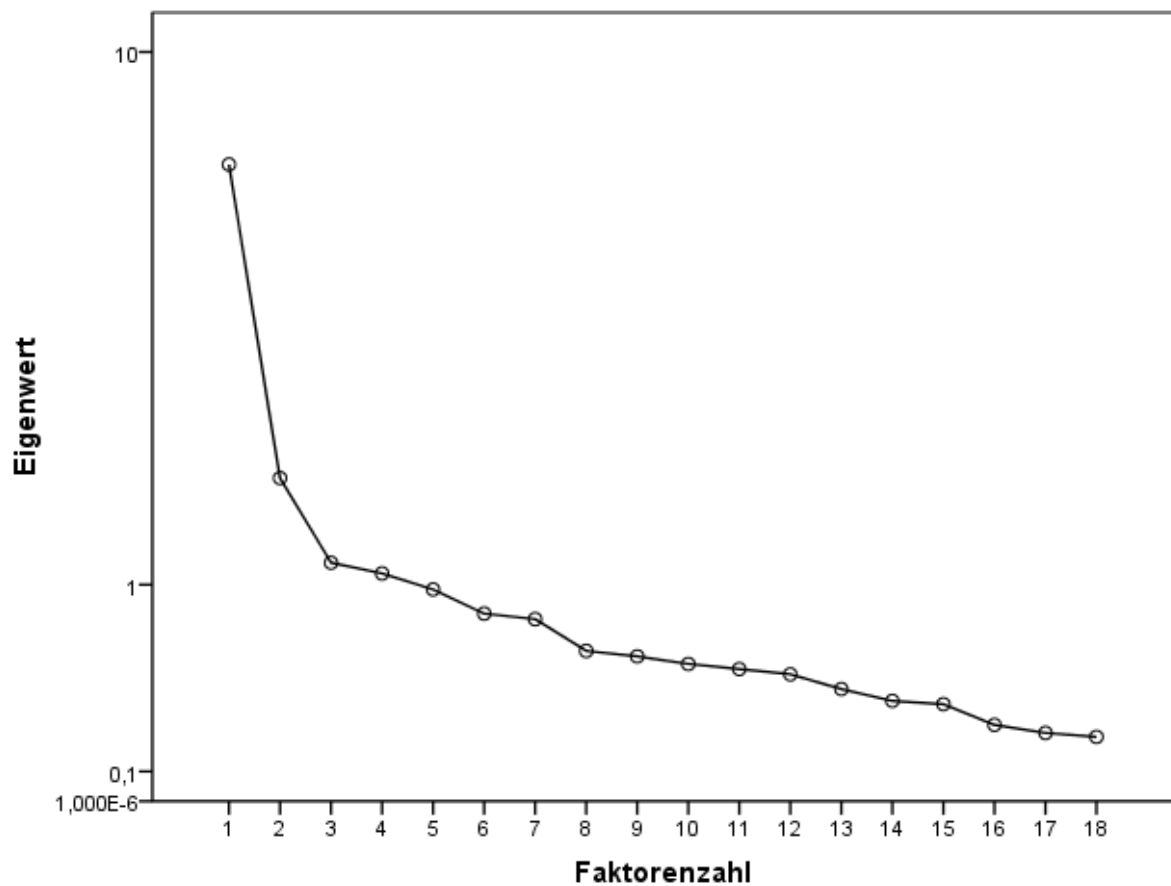


Abbildung A-17

Scree-Plot FEIV Zufallsstichprobe A (n=802), logarithmisch

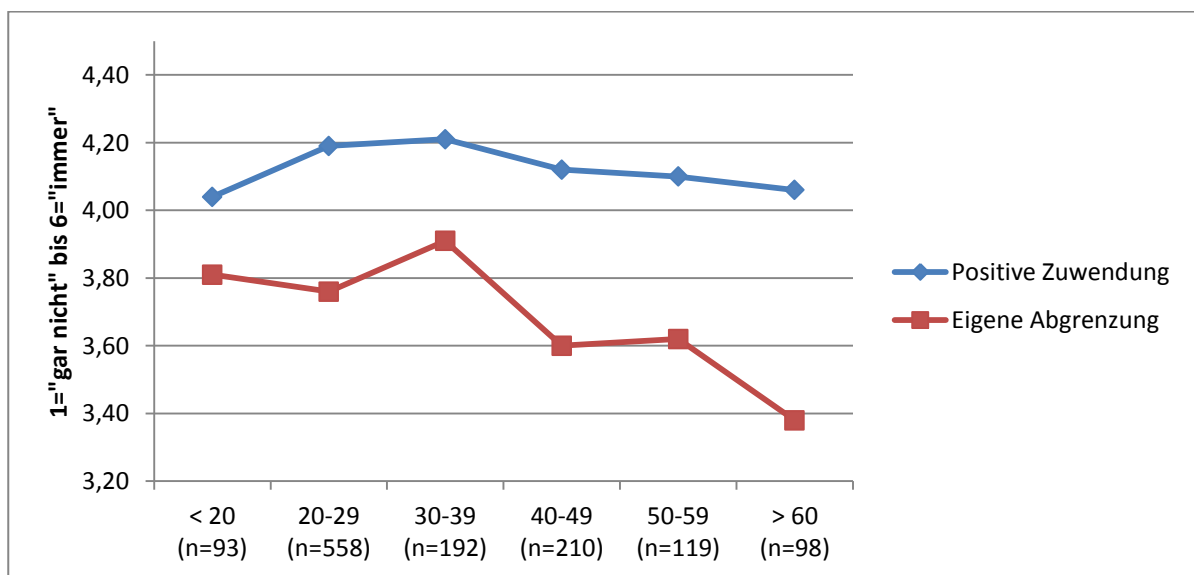


Abbildung A-18

Profilardarstellung FEIV nach Altersgruppen, Bevölkerung

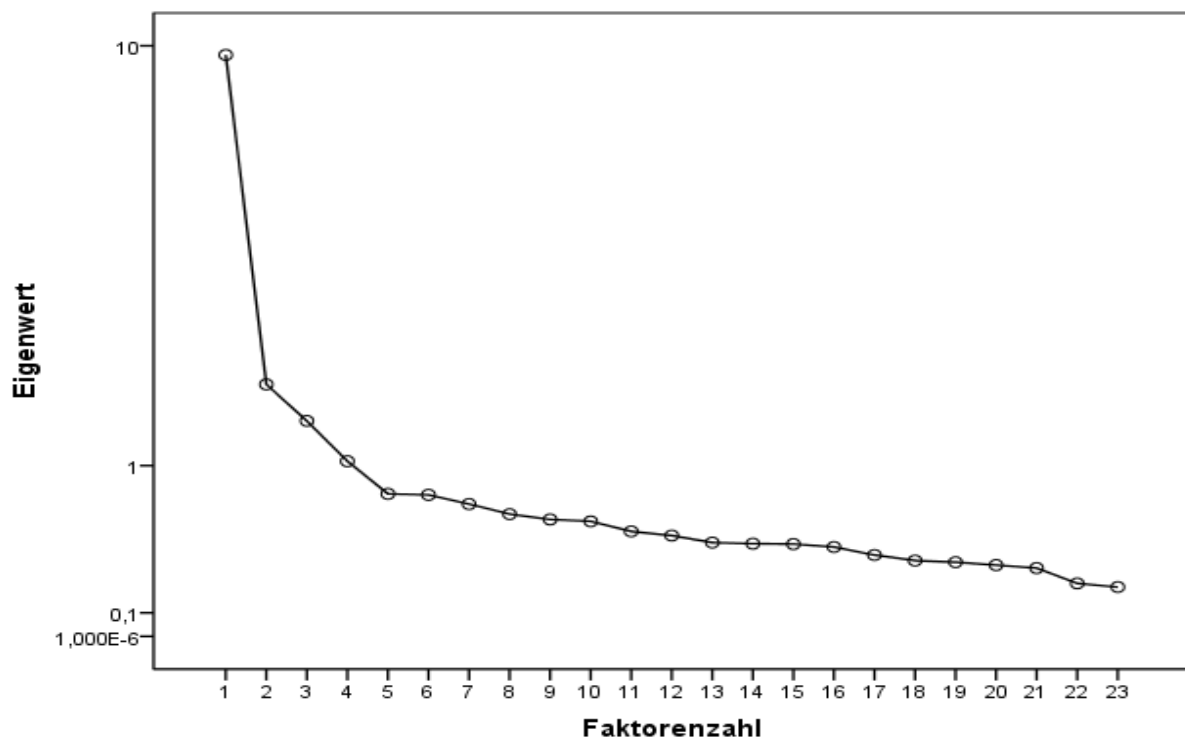


Abbildung A-19

Scree-Plot FUSA Zufallsstichprobe A (n=813), logarithmisch

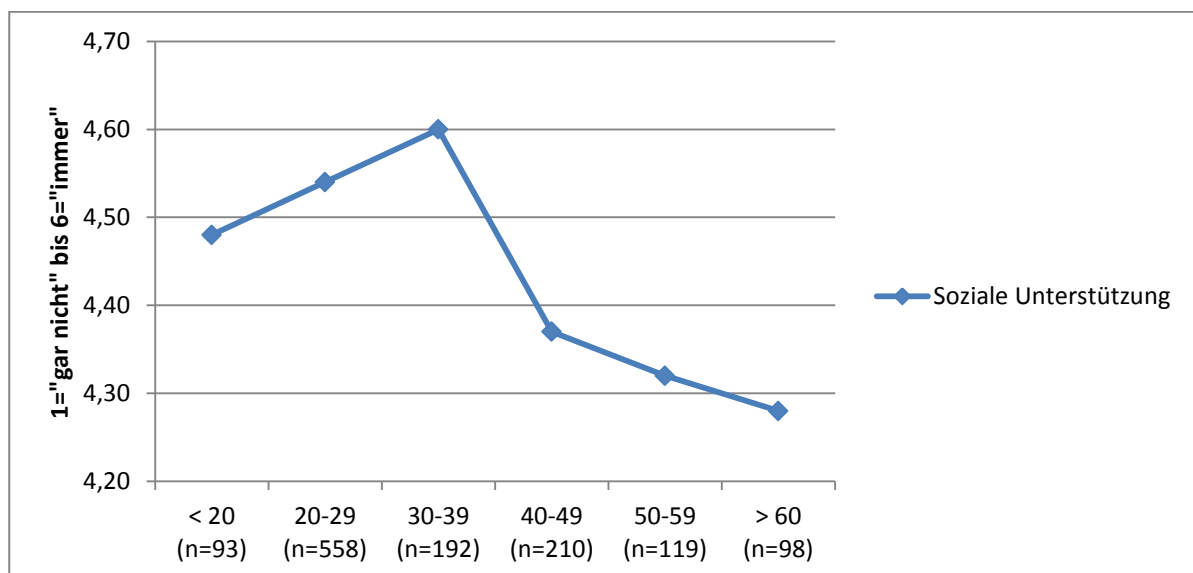


Abbildung A-20

Profilardarstellung FUSA nach Altersgruppen, Bevölkerung